

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1        |                                                                                   | rodzaj realizowanych świadczeń |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19                                                              |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE   |                                |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom IV<br>od 9 marca 2021 r. do 31 maja 2021 r.<br><b>Poziom I</b><br>od 1 czerwca 2021 r. |
| 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                                                                               |
| 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                                 |                                |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                               |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                      |                                |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                               |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                   |                                |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                               |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                   | transport sanitarny **         | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                                                                               |
| nazwa:                                            | Choroby wewnętrzne                                                                |                                | X                                        |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom III od 1 czerwca 2021 r.                                                               |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                      |                                |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                               |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                   |                                |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                               |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                                   | transport sanitarny **         | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                                                                               |
| nazwa:                                            | Choroby zakaźne                                                                   |                                | X                                        |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom III od 1 czerwca 2021 r.                                                               |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                      |                                |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                               |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                   |                                |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                               |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                                                   | transport sanitarny **         | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                                                                               |



|                                 |                                                                               |                        |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---------------------------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 10 |                                                                               | transport sanitarny ** | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:                          | Neurologia                                                                    |                        | X                                           |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom III od 1 czerwca 2021 r. |
| Data dodania do wykazu          | 9.03.2021 r.                                                                  |                        |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu       |                                                                               |                        |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 11 |                                                                               | transport sanitarny ** | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:                          | Neurochirurgia                                                                |                        | X                                           |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom III od 1 czerwca 2021 r. |
| Data dodania do wykazu          | 9.03.2021 r.                                                                  |                        |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu       |                                                                               |                        |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 12 |                                                                               | transport sanitarny ** | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:                          | Trombektomia mechaniczna w udarze niedokrwiennym mózgu                        |                        | X                                           |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom III od 1 czerwca 2021 r. |
| Data dodania do wykazu          | 9.03.2021 r.                                                                  |                        |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu       |                                                                               |                        |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 13 |                                                                               | transport sanitarny ** | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:                          | Inwazyjne leczenie ostrego zespołu wieńcowego                                 |                        | X                                           |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom III od 1 czerwca 2021 r. |
| Data dodania do wykazu          | 9.03.2021 r.                                                                  |                        |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu       |                                                                               |                        |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 14 |                                                                               | transport sanitarny ** | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:                          | Chirurgia naczyniowa                                                          |                        | X                                           |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom III od 1 czerwca 2021 r. |
| Data dodania do wykazu          | 9.03.2021 r.                                                                  |                        |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu       |                                                                               |                        |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 15 |                                                                               | transport sanitarny ** | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:                          | Psychiatria (w zakresie pacjentów dorosłych, a także dzieci od 15 roku życia) |                        | X                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data dodania do wykazu          | 9.03.2021 r.                                                                  |                        |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |



| Miejsce udzielania świadczeń 20                   |                                                                                                           | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | "Szpital tymczasowy"                                                                                      |                                 | x                                        |             |                                     |                                    |                                     |              | szpital tymczasowy               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Kopernika 50, 30-001, Kraków<br>ul. Botaniczna 3, 31-034 Kraków                                       |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                                           |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                                              |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                           |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2        |                                                                                                           | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. STEFANA ŻEROMSKIEGO SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom II<br>na 9 marca 2021 r.  |
| 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| 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                                 | tel. + 48 12 622 94 03                                                                                    |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                                              |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                           |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                           | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                                                               |                                 |                                          |             |                                     |                                    | 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                                                      |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                                                   |                                                              |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---------------------------------|
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                 |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                              |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3        |                                                              | katalog realizowanych świadczeń |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom II<br>na 9 marca 2021 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Myślenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2                         |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| telefon/ telefony:                                | +48 12 272 10 85, +48 12 273 03 55                           |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| identyfikator REGON                               | 000300570                                                    |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                 |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                              |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                              | transport sanitarny **          | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach |                                 | x                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Myślenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2                         |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| telefon/ telefony                                 | +48 12 273-03-50, +48 12 273-03-54                           |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                 |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                              |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                              | transport sanitarny **          | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                  |                                 |                                             |             |                                     |                                    | x                                   |              |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Myślenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2                         |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| telefon/ telefony                                 | +48 12 273-02-50, +48 12 273-02-17, +48 12 273-02-12         |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                 |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                              |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                              | transport sanitarny **          | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:                                            | Oddział Chorób Zakaźnych                                     |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Myślenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2                         |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 12 273 03 02, +48 12 273 03 03                      |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |

|                                                   |                                                                |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                        |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                   |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                        |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4        |                                                                | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                        |
| nazwa:                                            | SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. E. SZCZEKLIIKA W TARNOWIE          |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom II<br>od 8 marca 2021 r. do 31 maja 2021 r.<br>Poziom I<br>od 1 czerwca 2021 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnów, 33-100, ul. Szpitalna 13                               |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                        |
| telefon/ telefony:                                | +48 14 63 10 100,                                              |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                        |
| identyfikator REGON                               | 000313408                                                      |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                        |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                   |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                        |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                                                                        |
| nazwa:                                            | Izba Przyjęć                                                   |                                 |                                          |             |                                     |                                    | x                                   |              |                                                                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnów, 33-100, ul. Szpitalna 13                               |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                        |
| telefon/ telefony                                 | + 48 14 63 10 498, + 48 14 63 10 419, +48 14 63 10 508         |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                        |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                   |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                        |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                                                                        |
| nazwa:                                            | SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. E. SZCZEKLIIKA W TARNOWIE          |                                 | x                                        |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnów, 33-100, ul. Szpitalna 13                               |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                        |
| telefon/ telefony:                                | +48 14 63 10 100                                               |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                        |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                   |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                        |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5        |                                                                | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                        |
| nazwa:                                            | Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom II<br>od 9 marca 2021 r do 30 maja 2021 r.<br>Poziom I<br>od 1 czerwca 2021 r.  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków,                               |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                        |

|                                                   |                                                                                             |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                    |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--------------------|
| telefon/ telefony:                                | +48 12 614 20 00, +48 12 614 20 01                                                          |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              | od 31 maja 2021 r. |
| identyfikator REGON                               | 000290073                                                                                   |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                    |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                                |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                             |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                             | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                    |
| nazwa:                                            | Pracownia Mikrobiologiczna                                                                  |                        |                                          |             |                                     | x                                  |                                     |              |                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków                                                             |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                    |
| telefon/ telefony                                 | tel. + 48 514 602 932                                                                       |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                    |
|                                                   |                                                                                             |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                    |
|                                                   |                                                                                             |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                                             | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                    |
| nazwa:                                            | Izba Przyjęć                                                                                |                        |                                          |             |                                     |                                    | x                                   |              |                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków                                                             |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                    |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 12 614 20 00                                                                       |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                    |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                                |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                             |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                                                             | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                    |
| nazwa:                                            | Izolatorium prowadzone przez Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie |                        |                                          | x           |                                     |                                    |                                     |              |                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WM Hotel System Sp. z o.o, al. 29 Listopada 189, 31-241 Kraków                              |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                    |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 519 837 734                                                                        |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                    |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                                |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                             |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |                                                                                             | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                    |
| nazwa:                                            | Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie                              |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                    |





| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                 | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---------------------------------|
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy                     |                                 |                                          |             |                                     |                                    | x                                   |              |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowy Sącz, 33 - 300, ul. Młyńska 5              |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| telefon/ telefony                                 | + 48 18 443-88-77 wew. 512, + 48 18 44-25-852   |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                    |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                 |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                 | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:                                            | Oddział Chorób Zakaźnych- punkt pobrań          |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowy Sącz, 33 - 300, ul. Młyńska 5              |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| telefon/ telefony                                 | + 48 18 44-32-123                               |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                    |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                 |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7        |                                                 | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| nazwa:                                            | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom II<br>na 9 marca 2021 r. |
| 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                                       |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                    |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                 |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                 | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:                                            | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ |                                 | x                                        |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1      |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| telefon/ telefony                                 | + 48 14 644 32 61, + 48 14 644 32 88            |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                    |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |

|                                                   |                                                                |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:                                            | Izba Przyjęć                                                   |                                 |                                          |             |                                     |                                    | x                                   |              |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1                     |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| telefon/ telefony                                 | + 48 14 644 33 00, + 48 14 644 32 22, + 48 14 644 33 04        |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                   |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                                | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:                                            | Oddział Obserwacyjno- Zakaźny                                  |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1                     |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| telefon/ telefony                                 | tel. + 48 14 6443 288                                          |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                   |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |                                                                | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:                                            | Pracowni Analityki, Mikrobiologii i Serologii z Bankiem Krwi   |                                 |                                          |             |                                     | x                                  |                                     |              |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1                     |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| telefon/ telefony                                 | tel. + 48 14 644 32 75                                         |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                   |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8</b> |                                                                | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| nazwa:                                            | Nowy Szpital w Olkuszu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom II<br>od 9 marca 2021 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olkuś, 32-300, ul. 1000-lecia 13                               |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| telefon/ telefony:                                | + 48 41 240 1200                                               |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| identyfikator REGON                               | 320592435                                                      |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:                                            | Punkt pobrań                                                   |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |

|                                                   |                                                                |                                                                                                                  |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |                                                          |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |                                                                | Olkusz, 32-300, ul. 1000-lecia 13                                                                                |                                 |                                             |             |                                     |                                    | S                                   |                                                          |
| telefon/ telefony                                 |                                                                | tel. + 48 41 240 12 45 (pon.-śr.i pt. 10:00-14:30 , czw.11:00-15:30),<br>+ 48 41 240 12 76 (sob.-nd.10:00-14:30) |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |                                                          |
| Data dodania do wykazu                            |                                                                | 9.03.2021 r.                                                                                                     |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                |                                                                                                                  |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                |                                                                                                                  | transport sanitarny **          | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań                                             |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                    |                                                                                                                  |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |                                                                | Olkusz, 32-300, ul. 1000-lecia 13                                                                                |                                 |                                             |             |                                     | X                                  |                                     |                                                          |
| telefon/ telefony                                 |                                                                | tel. + 48 41 240 12 70                                                                                           |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |                                                          |
| Data dodania do wykazu                            |                                                                | 9.03.2021 r.                                                                                                     |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                |                                                                                                                  |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                                |                                                                                                                  | transport sanitarny **          | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań                                             |
| nazwa:                                            | Nowy Szpital w Olkuszu 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 1200                                                                                                 |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |                                                          |
| Data dodania do wykazu                            |                                                                | 9.03.2021 r.                                                                                                     |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                |                                                                                                                  |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |                                                          |
|                                                   |                                                                |                                                                                                                  |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |                                                          |
| <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                                                                    |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     | Poziom II<br>od 9 marca 2021 r.<br>do 13 czerwca 2021 r. |
| telefon/ telefony:                                |                                                                | +48 12 386 51 00, +48 12 386 51 05                                                                               |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     | Poziom I<br>od 14 czerwca 2021 r.                        |
| identyfikator REGON                               |                                                                | 000300593                                                                                                        |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |                                                          |
| Data dodania do wykazu                            |                                                                | 9.03.2021 r.                                                                                                     |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                |                                                                                                                  |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                |                                                                                                                  | transport sanitarny **          | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań                                             |
| nazwa:                                            | Izba Przyjęć                                                   |                                                                                                                  |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |                                                          |

|                                                    |                                                               |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                                |              |                                 |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------|--------------|---------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Proszowice, 32-100, ul. Mikołaja Kopernika 13                 |                                 |                                          |             |                                     |                                    | x                                              |              |                                 |
| telefon/ telefony                                  | +48 12 386 51 22                                              |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                                |              |                                 |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                                                  |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                                |              |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                               |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                                |              |                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                               | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage            | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:                                             | Punkt Pobrań w Izbie Przyjęć Oddziału Obserwacyjno- Zakaźnego |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                                |              |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Proszowice, 32-100, ul. Mikołaja Kopernika 13                 |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                                | S            |                                 |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 12 386 52 10, +48 12 386 52 75                       |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                                |              |                                 |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                                                  |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                                |              |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                               |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                                |              |                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                               | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Proszowicach |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                                |              |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Mikołaja Kopernika 13, 32-100 Proszowice                  |                                 | x                                        |             |                                     |                                    |                                                |              |                                 |
| telefon/ telefony:                                 | +48 12 386 51 00, +48 12 386 51 05                            |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                                |              |                                 |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                                                  |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                                |              |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                               |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                                |              |                                 |
| <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                                                     |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                                |              | Poziom II<br>od 9 marca 2021 r. |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                               | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage            | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:                                             | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                   |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                                |              |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Miechów, 32-200, ul. Szpitalna 3                              |                                 |                                          |             |                                     |                                    | x                                              |              |                                 |
| telefon/ telefony                                  | + 48 41 38 20 259                                             |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                                |              |                                 |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                                                  |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                                |              |                                 |

|                                                   |                                                                                                                  |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                  |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                                  | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:                                            | Oddział Obserwacyjno- Zakaźny                                                                                    |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     | S            |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Szpitalna 3, 32-200 Miechów                                                                                  |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | +48 41-38 20 299, + 48 532 455 187                                                                               |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                                                     |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                  |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                                                                  | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:                                            | Szpital Św. Anny w Miechowie                                                                                     |                                 | x                                        |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Miechów, 32-200, ul. Szpitalna 3                                                                                 |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony:                                | +48 41 38 20 100                                                                                                 |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                                                     |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                  |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11       |                                                                                                                  | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Sąddeckie Pogotowie Ratunkowe                                   |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Śniadeckich 15, 33-300 Nowy Sącz                                                                             |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony:                                | +48 18 442 09 49                                                                                                 |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| identyfikator REGON                               | 492007357                                                                                                        |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                  | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Sąddeckie Pogotowie Ratunkowe (1 zespół transportu sanitarnego) | 1                               |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Śniadeckich 15, 33-300 Nowy Sącz                                                                             |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                                                  |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                                                     |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                  |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12       |                                                                                                                  | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |

|                                                   |                                                                                                       |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                          |  |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| nazwa:                                            | PODHALAŃSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II W NOWYM TARGU                                   |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                          |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ                                                                    |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                          |  |
| telefon/ telefony:                                | +48 18 263 30 01                                                                                      |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                          |  |
| identyfikator REGON                               | 000308324                                                                                             |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                          |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                       | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom II<br>od 8 marca 2021 r. do 1 czerwca 2021 r.<br>Poziom I<br>od 2 czerwca 2021 r. |  |
| nazwa:                                            | PODHALAŃSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II W NOWYM TARGU (1 zespół transportu sanitarnego) | 1                      |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                          |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ                                                                    |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                          |  |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                                       |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                          |  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                                          |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                          |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                       |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                          |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                       | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                                                                          |  |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                                                           |                        |                                          |             |                                     |                                    | x                                   |              |                                                                                          |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ                                                                    |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                          |  |
| telefon/ telefony                                 | +48 18 263 32 00, + 48 18 263 32 03                                                                   |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                          |  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                                          |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                          |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                       |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                          |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                                                       | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                                                                          |  |
| nazwa:                                            | Punkt Pobrań w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym                                                         |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                                                                          |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ                                                                    |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                          |  |
| telefon/ telefony                                 | +48 18 263 31 26                                                                                      |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                          |  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                                          |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                          |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                       |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                          |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                                                        | transport sanitarny **          | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                   |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------|
| nazwa:                                            | PODHALAŃSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II W NOWYM TARGU                    |                                 | X                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ                                                     |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                   |
| telefon/ telefony:                                | +48 18 263 30 01                                                                       |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                   |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                           |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                        |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                   |
| Miejsce udzielania świadczeń 5                    |                                                                                        | transport sanitarny **          | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                   |
| nazwa:                                            | Świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii (porody)                              |                                 | X                                           |             |                                     |                                    |                                     |              | III poziom<br>od 25 marca 2021 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ                                                     |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                   |
| telefon/ telefony:                                | +48 18 263 30 01                                                                       |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                   |
| Data dodania do wykazu                            | 25.03.2021 r.                                                                          |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                        |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13       |                                                                                        | katalog realizowanych świadczeń |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                   |
| nazwa:                                            | Małopolska Kolumna Transportu Sanitarnego w Tarnowie                                   |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Chyszowska 10, 33-100 Tarnów                                                       |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                   |
| telefon/ telefony:                                | +48 14 621 04 98                                                                       |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                   |
| identyfikator REGON                               | 351555335                                                                              |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                        | transport sanitarny **          | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                   |
| nazwa:                                            | Małopolska Kolumna Transportu Sanitarnego w Tarnowie (1 zespół transportu sanitarnego) | 1                               |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Kopernika 19, 31-501 Kraków                                                        |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                   |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                        |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                   |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                           |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                        |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                   |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                        | transport sanitarny **          | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                   |
| nazwa:                                            | Małopolska Kolumna Transportu Sanitarnego w Tarnowie (1 zespół transportu sanitarnego) |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                   |



|                                                   |                                                                                             |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Chyszowska 10, 33-100 Tarnów                                                            | 1                               |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                             |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                                |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                             |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                                             | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:                                            | Małopolska Kolumna Transportu Sanitarnego w Tarnowie (2 zespoły wymazowe)                   |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     | M            |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Chyszowska 10, 33-100 Tarnów                                                            |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                             |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                                |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                             |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14       |                                                                                             | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| nazwa:                                            | Szpital Powiatowy w Limanowej Imienia Miłosierdzia Bożego                                   |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom II<br>na 9 marca 2021 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa                                                        |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| telefon/ telefony:                                | +48 18 330 17 00                                                                            |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| identyfikator REGON                               | 000304378                                                                                   |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                             | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:                                            | Szpital Powiatowy w Limanowej Imienia Miłosierdzia Bożego (1 zespół transportu sanitarnego) | X                               |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa                                                        |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                             |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                                |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 5.06.2021 r.                                                                                |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                             | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                                                 |                                 |                                          |             |                                     |                                    | X                                   |              |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa                                                        |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| telefon/ telefony                                 | +48 18 330 17 00 wew. 845; 846; 858; 859                                                    |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |



| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                        | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa:                                            | Punkt Pobrań                                                                           |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     | S            |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szpital Św. Rafała ul. Bochenka 12, 30-693 Kraków                                      |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | +48 12 629 88 00                                                                       |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                           |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                        |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                                        | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:                                            | SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA                                                                 |                                 |                                          |             |                                     |                                    | X                                   |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Izba Przyjęć - Szpital Św. Rafała ul. Bochenka 12, 30-693 Kraków                       |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | +48 12 629 88 00                                                                       |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                           |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                        |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                                                        | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:                                            | Punkt Pobrań                                                                           |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     | S            |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Armii Krajowej 5, 30-150 Kraków                                                    |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | +48 12 629 88 00                                                                       |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                           |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                        |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16       |                                                                                        | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| nazwa:                                            | OPC Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp. k. ( 2 zespoły transportu sanitarnego) |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| 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                                                                              |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                        | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:                                            | OPC Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp. k.                                     |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |

|                                                   |                                                                |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                  |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków 31 - 535, ul. Gęsia 22a                                 | X                               |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                  |
| telefon/ telefony                                 |                                                                |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                   |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 5.06.2021 r.                                                   |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17       |                                                                | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                  |
| nazwa:                                            | 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Krakowie SPZOZ    |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom II<br>od marca 2021 r. do 21 maja 2021.<br>Poziom I<br>od 22 maja 2021 r. |
| 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                                                      |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                                                                  |
| nazwa:                                            | Poradnia stomatologiczna - świadczenia stomatologiczne doraźne |                                 |                                          |             | X                                   |                                    |                                     |              |                                                                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3                             |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                  |
| telefon/ telefony                                 | +48 12 63 08 301                                               |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                   |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                                                                  |
| nazwa:                                            | Zakład analityki lekarskiej (laboratorium)                     |                                 |                                          |             |                                     | X                                  |                                     |              |                                                                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3                             |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                  |
| telefon/ telefony                                 | +48 12 63 08 272                                               |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                   |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                                                                  |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                    |                                 |                                          |             |                                     |                                    | X                                   |              |                                                                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3                             |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                  |
| telefon/ telefony                                 | +48 12 63 08 068                                               |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                   |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                                | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                                                                  |
| nazwa:                                            | 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Krakowie SPZOZ    |                                 | X                                        |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3                             |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                  |

|                                                    |                                                                                  |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| telefon/ telefony                                  | +48 12 63 08 301                                                                 |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                                                                     |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                  |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18</b> |                                                                                  | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| nazwa:                                             | Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.              |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom II od 9 marca 2021 r. do 29 maja 2021 r.<br>Poziom I od 29 maja 2021 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 31-826 , os. Złotej Jesieni 1                                            |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 12 646 8 502                                                            |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| identyfikator REGON                                | 121188694                                                                        |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                  | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                                                                |
| nazwa:                                             | Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.              | X                                      |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 31-826 , os. Złotej Jesieni 1                                            |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 12 64 68 291                                                            |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                                                                     |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                  |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                  | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                                                                |
| nazwa:                                             | Pracownia Analityki                                                              |                                        |                                          |             |                                     | X                                  |                                     |              |                                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 31-826 , os. Złotej Jesieni 1                                            |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 12 64 68 603                                                            |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                                                                     |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                  |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                  | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                                                                |
| nazwa:                                             | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                                      |                                        |                                          |             |                                     |                                    | X                                   |              |                                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 31-826 , os. Złotej Jesieni 1                                            |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 12 64 68 680; +48 12 64 68 274, 528; +48 12 64 68 800, 468              |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                                                                     |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                  |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                                                  | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                                                                |
| nazwa:                                             | Małopolskie Centrum Leczenia i Rehabilitacji Poparzeń oraz Chirurgii Plastycznej | X                                      |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom III na 9 marca 2021 r.                                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 31-826 , os. Złotej Jesieni 1                                            |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 12 64 68 291                                                            |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |

|                                                    |                                                                                                         |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                                                                                            |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                         |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>              |                                                                                                         | transport sanitarny **          | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                                                                |
| nazwa:                                             | Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.                                     | X                               |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              | SZPITAL TYMCZASOWY<br>do 31.05.2021 r.                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | EXPO KRAKÓW, ul. Galicyjska 9, 31-586 Kraków                                                            |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 727 797 074                                                                                    |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| Data dodania do wykazu                             | 19.03.2021 r.                                                                                           |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 1.06.2021 r.                                                                                            |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19</b> |                                                                                                         | katalog realizowanych świadczeń |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| nazwa:                                             | Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie                                                              |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom I<br>9.03.2021 r. do 2.04.2021 r.<br>Poziom II<br>od 3 kwietnia 2021 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 30-663 , ul. Wielicka 265                                                                       |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 12 658 20 11                                                                                   |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| identyfikator REGON                                | 351375886                                                                                               |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                         | transport sanitarny **          | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                                                                |
| nazwa:                                             | Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie                                                              | X                               |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 30-663 , ul. Wielicka 265                                                                       |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 12 658 20 11                                                                                   |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                                                                                            |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                         |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                         | transport sanitarny **          | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                                                                |
| nazwa:                                             | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                                                             |                                 |                                             |             |                                     |                                    | X                                   |              |                                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 30-663 , ul. Wielicka 265                                                                       |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| telefon/ telefony                                  | tel.+ 48 12 333 91 86, +48 12 658 13 84                                                                 |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                                                                                            |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                         |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                                         | transport sanitarny **          | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                                                                |
| nazwa:                                             | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii                                                            | X                               |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom III<br>na 9 marca 2021 r.                                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 30-663 , ul. Wielicka 265                                                                       |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 12 658 20 11 wew. 1522 (Dyżurka lekarska)<br>+48 12 658 20 11 wew. 1365 (Dyżurka pielęgnarska) |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                                                                                            |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                |

|                                                    |                                                                                                           |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                     |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                           |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                                                                           | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                     |
| nazwa:                                             | Oddział Onkologii i Hematologii Dziecięcej                                                                | X                                 | X                                        |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom III<br>od 3 kwietnia 2021 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 30-663 , ul. Wielicka 265                                                                         |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                     |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 12 658 20 11 wew. 1522 (Dyżurka lekarska)<br>+48 12 658 20 11 wew. 1365 (Dyżurka pielęgniarska)  |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                     |
| Data dodania do wykazu                             | 3.04.2021 r.                                                                                              |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                           |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20</b> |                                                                                                           | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                     |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom II<br>na 9 marca 2021 r.     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków                                                                    |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                     |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 12 662 31 50                                                                                     |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                     |
| identyfikator REGON                                | 350995109                                                                                                 |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                           | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                     |
| nazwa:                                             | Izba Przyjęć                                                                                              |                                   |                                          |             |                                     |                                    | X                                   |              |                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków                                                                    |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                     |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 12 637 42 05                                                                                     |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                     |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                                                                                              |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                           |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                           | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                     |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie |                                   | X                                        |             |                                     |                                    |                                     |              |                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków                                                                    |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                     |

|                                                   |                                                                                            |                                   |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 12 662 31 50                                                                      |                                   |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                                                   |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                               |                                   |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                                                   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                            |                                   |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                                                   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21       |                                                                                            | kategoria realizowanych świadczeń |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                                                   |
| nazwa:                                            | Szpital Specjalistyczny im.J.Dietla w Krakowie                                             |                                   | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <div>Poziom II od 9 marca 2021 r.<br/>do 28 maja 2021r.<br/><div>Poziom I od 29 maja 2021r.</div></div>           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Skarbowa 4, 31-121 Kraków                                                              |                                   |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                                                   |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 12 68 76 200                                                                      |                                   |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                                                   |
| identyfikator REGON                               | 351564179                                                                                  |                                   |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                                                   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                            | transport sanitarny **            |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                                                   |
| nazwa:                                            | Izba Przyjęć                                                                               |                                   |                                             |             |                                     |                                    | X                                   |              |                                                                                                                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Skarbowa 4, 31-121 Kraków                                                              |                                   |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                                                   |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 12 68 76 205                                                                      |                                   |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                                                   |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                               |                                   |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                                                   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                            |                                   |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                                                   |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                            | transport sanitarny **            | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                                                                                                   |
| nazwa:                                            | Szpital Specjalistyczny im.J.Dietla w Krakowie                                             |                                   | X                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                                                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Skarbowa 4, 31-121 Kraków                                                              |                                   |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                                                   |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 12 68 76 200                                                                      |                                   |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                                                   |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                               |                                   |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                                                   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                            |                                   |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                                                   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22       |                                                                                            | kategoria realizowanych świadczeń |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                                                   |
| nazwa:                                            | Szpital Wojewódzki im.Św.Lukasza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie |                                   |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              | <div>Poziom II<br/>od 9 marca 2021 r.<br/>do 14 maja 2021 r.<br/><div>Poziom I<br/>od 15 maja 2021 r.</div></div> |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów                                                            |                                   |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                                                   |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 14 631 50 00                                                                      |                                   |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                                                   |



|                                                   |                                                                                            |                        |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| identyfikator REGON                               | 850052740                                                                                  |                        |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                            | transport sanitarny ** | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                                                |                        |                                             |             |                                     |                                    | x                                   |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów                                                            |                        |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 14 631 57 07, +48 14 631 51 11, + 48 14 631 56 38                                 |                        |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                               |                        |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                            |                        |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                                            | transport sanitarny ** | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:                                            | Dział Diagnostyki Laboratoryjnej                                                           |                        |                                             |             |                                     | X                                  |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów                                                            |                        |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 14 631 58 51                                                                      |                        |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                               |                        |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                            |                        |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                                                            | transport sanitarny ** | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:                                            | Punkt Pobrań                                                                               |                        |                                             |             |                                     |                                    |                                     | S            |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów                                                            |                        |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 14 631 54 15                                                                      |                        |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                               |                        |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                            |                        |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |                                                                                            | transport sanitarny ** | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:                                            | Szpital Wojewódzki im.Św.Łukasza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie |                        |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |  |

|                                                    |                                                                                |                                          |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                        |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów                                                |                                          | x                                               |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                        |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 14 631 50 00                                                          |                                          |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                        |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                                                                   |                                          |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                |                                          |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23</b> |                                                                                | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                        |
| nazwa:                                             | <b>Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika w Krakowie</b> |                                          |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     | <b>Poziom I<br/>na 9 marca 2021 r.</b> |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Strzelecka 2, 31-503 Kraków                                                |                                          |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                        |
| telefon/ telefony:                                 | tel. + 48 12 619 86 00                                                         |                                          |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                        |
| identyfikator REGON                                | 000298583                                                                      |                                          |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |                                        |
| nazwa:                                             | <b>Izba Przyjęć</b>                                                            |                                          |                                                 |                    |                                            |                                           | <b>x</b>                                   |                     |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Strzelecka 2, 31-503 Kraków                                                |                                          |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                        |
| telefon/ telefony                                  | tel. + 48 12 619 86 13<br>+ 48 12 619 86 17                                    |                                          |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                        |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                                                                   |                                          |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                |                                          |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |                                        |
| nazwa:                                             | <b>Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika w Krakowie</b> |                                          | <b>x</b>                                        |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Strzelecka 2, 31-503 Kraków                                                |                                          |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                        |
| telefon/ telefony:                                 | tel. + 48 12 619 86 00                                                         |                                          |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                        |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                                                                   |                                          |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                |                                          |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24</b> |                                                                                | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                        |
| nazwa:                                             | <b>Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie</b>                         |                                          |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                        |

|                                                   |                                                                                                        |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|--------------|--------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jarosława Dąbrowskiego 19, 34-120 Andrychów                                                            |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              | Poziom I<br>na 9 marca 2021 r. |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 33 875 24 46                                                                                  |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| identyfikator REGON                               | 000805666                                                                                              |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                        | transport<br>sanitarny **         | leczenie/<br>obserwacja w<br>kierunku<br>COVID-19 | izolatorium | doraźne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na obecność<br>wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja<br>typu pretriage | punkt pobrań |                                |
| nazwa:                                            | Izba Przyjęć                                                                                           |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jarosława Dąbrowskiego 19, 34-120 Andrychów                                                            |                                   |                                                   |             |                                           |                                       | X                                      |              |                                |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 12 620-82-61                                                                                  |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                                           |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                        |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25       |                                                                                                        | kategoria realizowanych świadczeń |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| nazwa:                                            | Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              | Poziom I<br>na 9 marca 2021 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul.Józefa Babińskiego 29,<br>30-393 Kraków                                                             |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 12 652 43 47                                                                                  |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| identyfikator REGON                               | 000805666                                                                                              |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                        | transport<br>sanitarny **         | leczenie/<br>obserwacja w<br>kierunku<br>COVID-19 | izolatorium | doraźne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na obecność<br>wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja<br>typu pretriage | punkt pobrań |                                |
| nazwa:                                            | Izba Przyjęć                                                                                           |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul.Józefa Babińskiego 29,<br>30-393 Kraków                                                             |                                   |                                                   |             |                                           |                                       | x                                      |              |                                |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 012 652 42 87, +48 12 262 48 14                                                               |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                                           |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                        |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                        | transport<br>sanitarny **         | leczenie/<br>obserwacja w<br>kierunku<br>COVID-19 | izolatorium | doraźne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na obecność<br>wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja<br>typu pretriage | punkt pobrań |                                |
| nazwa:                                            | Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul.Józefa Babińskiego 29,<br>30-393 Kraków                                                             |                                   | x                                                 |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 12 652 43 47                                                                                  |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                                           |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |

|                                                    |                                                                                                 |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                 |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                                 | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:                                             | Leczenie psychiatryczne dla dorosłych                                                           | x                                 | x                                        |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom III<br>na 9 marca 2021 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Józefa Babińskiego 29,<br>30-393 Kraków                                                     |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 12 652 43 47                                                                           |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                                                                                    |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                 |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26</b> |                                                                                                 | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital im.dr. Józefa Dietla w Krynicy- Zdroju |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom II<br>na 9 marca 2021 r.  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój                                                     |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 18 47 32 400                                                                           |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                                | 000300587                                                                                       |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                 | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:                                             | Izba Przyjęć                                                                                    |                                   |                                          |             |                                     |                                    | x                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój                                                     |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 18 47 32 400, +48 18 47 32 100                                                         |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                                                                                    |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                 |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                 | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:                                             | Punkt Pobrań przy Medycznym Laboratorium Diagnostycznym                                         |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój                                                     |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 505 668 356                                                                            |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                                                                                    |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                 |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                                 | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |

|                                                   |                                                                                                                                                   |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---------------------------------|
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital im.dr. Józefa Dietla w Krynicy- Zdroju                                                   |                                   | x                                        |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój                                                                                                       |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 18 47 32 400                                                                                                                             |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                                                                                      |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                   |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                                                                                                                   | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:                                            | Mobilny Punkt Pobrań                                                                                                                              |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     | M            |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój                                                                                                       |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 18 473 24 24                                                                                                                             |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                                                                                      |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.06.2021 r.                                                                                                                                     |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 5                    |                                                                                                                                                   | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital im.dr. Józefa Dietla w Krynicy- Zdroju                                                   |                                   | x                                        |             |                                     |                                    |                                     |              | SZPITAL TYMCZASOWY              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 20 Wojskowy Szpital Uzdrawiskowo – Rehabilitacyjny Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej, ul. Świdzińskiego 4, 33-380 Krynica-Zdrój |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| telefon/ telefony                                 | lekarz koordynujący: tel. +48 601 509 978                                                                                                         |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data dodania do wykazu                            | 24.03.2021 r.                                                                                                                                     |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 01.06.2021                                                                                                                                        |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27       |                                                                                                                                                   | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| nazwa:                                            | Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem                                                                                        |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom II<br>na 9 marca 2021 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane                                                                                                                 |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| telefon/ telefony:                                | tel.<br>+48 18 20 120 21, +48 18 20 153 51                                                                                                        |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| identyfikator REGON                               | 000311510                                                                                                                                         |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                                                   | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                                                                                                       |                                   |                                          |             |                                     |                                    | x                                   |              |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane                                                                                                                 |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 18 20 120 21, +48 18 20 160 15, +48 18 20 160 16                                                                                         |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |

|                                                   |                                                                   |                               |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                                   |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                      |                               |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                                   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                   |                               |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                                   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                   | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>dorażne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |                                                   |
| nazwa:                                            | <b>Punkt Pobrań</b>                                               |                               |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane                                 |                               |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            | S                   |                                                   |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 18 20 120 21 wew. 100 lub 291                            |                               |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                                   |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                      |                               |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                                   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                   |                               |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                                   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                                   | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>dorażne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |                                                   |
| nazwa:                                            | <b>Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem</b> |                               |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                                   |
| 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 20 153 51                           |                               |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                                   |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                      |                               |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                                   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                   |                               |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                                   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |                                                                   | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>dorażne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |                                                   |
| nazwa:                                            | <b>Świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii (porody)</b>  |                               |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane                                 |                               | x                                               |                    |                                            |                                           |                                            |                     | Poziom III<br>9 marca 2021 r. do 24 marca 2021 r. |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 18 20 120 21, +48 18 20 153 51                           |                               |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                                   |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                      |                               |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                                   |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 24.03.2021 r.                                                     |                               |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                                   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>             |                                                                   | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>dorażne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |                                                   |
| nazwa:                                            | <b>Świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej</b>                   |                               |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane                                 |                               | x                                               |                    |                                            |                                           |                                            |                     | Poziom III<br>od 8 marca 2021 r.                  |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 18 20 120 21, +48 18 20 153 51                           |                               |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                                   |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                      |                               |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |                                                   |

|                                                   |                                                                                     |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                     |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 6                    |                                                                                     | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:                                            | Świadczenia w zakresie kardiologii w tym leczenie ostrych zespołów wieńcowych (OZW) |                                   | X                                        |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom III<br>na 9 marca 2021 r. |
| 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                                             |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                        |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                     |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28       |                                                                                     | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:                                            | Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu                                               |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom II<br>na 9 marca 2021 r.  |
| 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                                                                           |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                     | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                                         |                                   |                                          |             |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wysokie Brzegi 4, 32-600 Oświęcim                                                   |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 +48 33 8448 402 +48 33 8448 387, +48 33 8448 329                           |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                        |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                     |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                     | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:                                            | Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu- punkt pobrań                                 |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wysokie Brzegi 4, 32-600 Oświęcim                                                   |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 798 909 160                                                                |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                        |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                     |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                                                   |                                                                  |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---------------------------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                  | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:                                            | Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu                            |                                   | X                                        |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wysokie Brzegi 4, 32-600 Oświęcim                                |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 33 842 37 42                                            |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                     |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                  |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29       |                                                                  | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| nazwa:                                            | Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach                   |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom II<br>na 9 marca 2021 r. |
| 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                                                        |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                  | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy z Centralną Izbą Przyjęć             |                                   |                                          |             |                                     |                                    | X                                   |              |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Karmelicka 5, 34-100 Wadowice                                    |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 33 87 21 200 wew. 401,402,403                           |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                     |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                  |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                  | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:                                            | Punkt pobrań                                                     |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Karmelicka 7, 34-100 Wadowice                                    |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 33 87 21 200 wew. 401, +48 690 108 899, +48 571 324 953 |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                     |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                  |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                  | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |



|                                                   |                                                                                |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa:                                            | Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach                                 |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Karmelicka 5, 34-100 Wadowice                                                  |                                   | x                                        |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 33 87 21 200, +48 33 87 21 280                                        |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                   |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                                                | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:                                            | Punkt pobrań                                                                   |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Karmelicka 12, 34-100 Wadowice (Pawilon AB)                                    |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     | S            |  |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 33 87 21 200 wew. 401, +48 690 108 899, +48 571 324 953               |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                   |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 12.06.2021 r.                                                                  |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
|                                                   |                                                                                |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30       |                                                                                | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| nazwa:                                            | Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej                                  |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka                                       |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 33 872 31 00                                                          |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| identyfikator REGON                               | 000304415                                                                      |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                                    |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka                                       |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 33 872 33 67, +48 33 872 33 77, +48 33 872 32 61, +48 33 872 33 78, + |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                   |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:                                            | Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej                                              |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka                                       |                                   |                                          |             |                                     | x                                  |                                     |              |  |

|                                                    |                                                      |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 33 87 23 276                                |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                                         |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                      |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                      | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:                                             | <b>Punkt Pobrań</b>                                  |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka             |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 501 188 292                                 |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                                         |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                      |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                      | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:                                             | <b>Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej</b> |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka             |                                   | x                                        |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 33 872 31 00                                |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                                         |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                      |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31</b> |                                                      | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| nazwa:                                             | <b>Szpital Powiatowy w Chrzanowie</b>                |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| 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                                            |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                      | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:                                             | <b>Szpitalny Oddział Ratunkowy</b>                   |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| 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     |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                                         |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |

|                                                   |                                                          |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                               |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                          |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                               |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                          | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                                                               |
| nazwa:                                            | Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej                     |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów                         |                                   |                                          |             |                                     | x                                  |                                     |              |                                                                               |
| telefon/ telefony                                 | tel. + 48 32 624 74 49                                   |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                               |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                             |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                               |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                          |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                               |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                          | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                                                               |
| nazwa:                                            | Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej                     |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów                         |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                                                               |
| telefon/ telefony                                 | tel. + 48 32 624 74 48                                   |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                               |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                             |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                               |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                          |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                               |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                          | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                                                               |
| nazwa:                                            | Szpital Powiatowy w Chrzanowie                           |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów                         |                                   | x                                        |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                               |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 18 47 32 400                                    |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                               |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                             |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                               |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                          |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                               |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32       |                                                          | 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                                                |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom II od 9 marca 2021 r. do 31 maja 2021 r. Poziom I od 1 czerwca 2021 r. |





| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                                                    | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach                                      |                                   | x                                        |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice                                                                   |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 18 35 -53-200                                                                             |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                                       |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                    |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                                                                    | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:                                            | Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach                                      |                                   |                                          |             |                                     | x                                  |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice                                                                   |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 18 35 -53-327, +48 18 35 -53-328                                                          |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                                       |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                    |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 5                    |                                                                                                    | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:                                            | Leczenie psychiatryczne dla dorosłych                                                              |                                   | X                                        |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom III<br>na 9 marca 2021 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice                                                                   |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 18 35 -53-200                                                                             |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                                       |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                    |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|                                                   |                                                                                                    |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34       |                                                                                                    | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni "Szpital Powiatowy" im. Bł. Marty Wieckiej |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom II<br>na 9 marca 2021 r.  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia                                                                   |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 14 61 53 400                                                                              |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |



| Miejsce udzielania świadczeń 5                    |                                                                     | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                                                                            |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| nazwa:                                            | Oddział Chirurgii Ogólnej                                           |                                   | x                                        |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom III<br>na 9 marca 2021 r.                                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia                                    |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                            |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 14 61 53 400                                               |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                            |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                        |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                     |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                            |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35       |                                                                     | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                            |
| nazwa:                                            | Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom II<br>od 8 marca 2021 r. do 11 czerwca 2021 r.<br>Poziom I<br>od 12 czerwca 2021 r. |
| 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                                                           |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                            |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                     | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                                                                            |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                         |                                   |                                          |             |                                     |                                    | x                                   |              |                                                                                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Prądnicka 35-37, 31-202 Kraków                                  |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                            |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 12 25 78 280, +48 12 25 78 472                             |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                            |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                        |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                     |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                            |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                     | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                                                                            |
| nazwa:                                            | Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie |                                   | x                                        |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                            |
| 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                             |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                            |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                        |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                     |                                   |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                            |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36       |                                                                     | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                            |
| 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                       |  |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              | Poziom I<br>na 9 marca 2021 r. |
| telefon/ telefony:                                |  | tel. +48 18 26 77 001                                     |  |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| identyfikator REGON                               |  | 120480323                                                 |  |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  |                                                           |  | transport<br>sanitarny **         | leczenie/<br>obserwacja w<br>kierunku<br>COVID-19 | izolatorium | doraźne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na obecność<br>wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja<br>typu pretriage | punkt pobrań |                                |
| 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 |  |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| Data dodania do wykazu                            |  | 9.03.2021 r.                                              |  |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                                           |  |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  |                                                           |  | transport<br>sanitarny **         | leczenie/<br>obserwacja w<br>kierunku<br>COVID-19 | izolatorium | doraźne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na obecność<br>wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja<br>typu pretriage | punkt pobrań |                                |
| 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                       |  |                                   | X                                                 |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| telefon/ telefony                                 |  | tel. +48 18 26 77 001                                     |  |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| Data dodania do wykazu                            |  | 9.03.2021 r.                                              |  |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                                           |  |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37       |  |                                                           |  | kategoria realizowanych świadczeń |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| nazwa:                                            |  | Specjalmed Sp. z o.o.                                     |  |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | ul. Zarabie 35 c, 32-410 Dobczyce                         |  |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| telefon/ telefony:                                |  | tel.: + 48 512 295 412                                    |  |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| identyfikator REGON                               |  | 120778092                                                 |  |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  |                                                           |  | transport<br>sanitarny **         | leczenie/<br>obserwacja w<br>kierunku<br>COVID-19 | izolatorium | doraźne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na obecność<br>wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja<br>typu pretriage | punkt pobrań |                                |
| nazwa:                                            |  | Punkt Pobrań                                              |  |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | ul. Zarabie 35 c, 32-410 Dobczyce                         |  |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        | S            |                                |
| telefon/ telefony                                 |  | tel.: + 48 510 090 854                                    |  |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| Data dodania do wykazu                            |  | 9.03.2021 r.                                              |  |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  | 12.06.2021 r.                                             |  |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38       |  |                                                           |  | kategoria realizowanych świadczeń |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| nazwa:                                            |  | DIAGNOSTYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ       |  |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | ul. Prof. M. Życzkowskiego 16, 31-864 Kraków              |  |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| telefon/ telefony:                                |  | + 48 799 399 361                                          |  |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |
| identyfikator REGON                               |  | 356366975                                                 |  |                                   |                                                   |             |                                           |                                       |                                        |              |                                |

|                                                   |                                       |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                       | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| <b>nazwa:</b>                                     | <b>Punkt mobilny Drive Thru</b>       |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     | S            |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Stanisława Lema 8, 31- 571 Kraków |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | + 48 799 399 361                      |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                          |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                       |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                       | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| <b>nazwa:</b>                                     | <b>Punkt Pobrań</b>                   |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     | S            |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Krakowska 285, 32-420 Gdów        |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | + 48 799 399 361                      |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                          |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                       |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                       | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| <b>nazwa:</b>                                     | <b>Punkt Pobrań</b>                   |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     | S            |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Kopernika 8, 31-034 Kraków        |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | + 48 799 399 361                      |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                          |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                       |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                       | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| <b>nazwa:</b>                                     | <b>Punkt Pobrań</b>                   |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     | S            |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Kolbego 38, 34-730 Mszana Dolna   |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | + 48 799 399 361                      |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                          |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 12.06.2021 r.                         |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 5                    |                                       | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |



|                                                   |                                              |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                              | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| <b>nazwa:</b>                                     | Punkt Pobrań                                 |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     | <b>S</b>     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wierzchosławice 39 b, 33-122 Wierzchosławice |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | tel.+ 48 533 329 535                         |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                 |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 12.06.2021 r.                                |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41       |                                                                    | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                        |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------------|
| <b>nazwa:</b>                                     | Małopolski Szpital Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              | <b>Poziom I<br/>na 9 marca 2021 r.</b> |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Kolejowa 1a, 32-310 Jarosławiec                                |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                        |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 32 642 80 90                                              |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                        |
| identyfikator REGON                               | 000294214                                                          |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                    | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                        |
| <b>nazwa:</b>                                     | Małopolski Szpital Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły |                                 | x                                        |             |                                     |                                    |                                     |              |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Kolejowa 1a, 32-310 Jarosławiec                                |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                        |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 32 642 80 90                                              |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                        |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                       |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                    |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                        |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42       |                                                                    | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                        |
| <b>nazwa:</b>                                     | Krzysztof Ślusarczyk Liberandum Ratownictwo Medyczne               |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Merkuriusza Polskiego 35, 30-698 Kraków                        |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                        |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 12 312 09 09                                              |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                        |
| identyfikator REGON                               | 362480815                                                          |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                    | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                        |
| <b>nazwa:</b>                                     | Punkt Pobrań- Drive Thru                                           |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                        |

|                                                    |                                                      |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Kościuszki 15, 32-020 Wieliczka                  |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     | S                                                                                           |  |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 12 381 82 09                                |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                                         |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                      |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2*</b>             |                                                      | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |
| nazwa:                                             | Krzysztof Ślusarczyk Liberandum Ratownictwo Medyczne | 1                               |                                          |             |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Złocieniowa 20, 30-898 Kraków                    |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 500 488 338; +48 12 312 09 09               |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| Data dodania do wykazu                             | 22.03.2021 r.                                        |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                      |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43</b> |                                                      | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| nazwa:                                             | VITO - MED. Sp. z o.o.                               |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Radiowa 2, 44-100 Gliwice                        |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 32 302-98-00, +48 32 302-98-10              |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| identyfikator REGON                                | 240133028                                            |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                      | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań                                                                                |  |
| nazwa:                                             | Punkt Pobrań                                         |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Legionów Polskich 2, 32-065 Krzeszowice          |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     | S                                                                                           |  |
| telefon/ telefony                                  | tel. + 48 793 600 112                                |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                                         |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                      |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                      | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań                                                                                |  |
| nazwa:                                             | Punkt pobrań- Drive-thru                             |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków                  |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     | S                                                                                           |  |
| telefon/ telefony                                  | tel. + 48 793 600 112                                |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                                         |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |

|                                                   |                                                                                                                                                                                                           |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                           |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                                                                                                                                                                           | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:                                            | Punkt pobrań- Drive-thru                                                                                                                                                                                  |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     | S            |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Westerplatte 27, 33-100 Tarnów                                                                                                                                                                        |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | tel. + 48 793 600 112                                                                                                                                                                                     |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                                                                                                                                              |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 12.06.2021 r.                                                                                                                                                                                             |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |                                                                                                                                                                                                           | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:                                            | Punkt pobrań- Drive-thru                                                                                                                                                                                  |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     | S            |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Władysława Sikorskiego 24, 32-050 Skawina (Parking Przy stadionie Miejskim)                                                                                                                           |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | tel. + 48 793 600 112                                                                                                                                                                                     |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                                                                                                                                              |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                           |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>             |                                                                                                                                                                                                           | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:                                            | Punkt pobrań                                                                                                                                                                                              |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     | S            |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | al. Jana Pawła II 39, 31-864 Kraków (punkt zlokalizowany na terenie parku obok Muzeum Lotnictwa Polskiego, wjazd od ul. Markowskiego przed gmachem Muzeum w lewo ul. Gnysia, następnie w prawo do punktu) |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | tel. + 48 793 600 112                                                                                                                                                                                     |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                                                                                                                                              |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                           |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>             |                                                                                                                                                                                                           | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:                                            | Punkt pobrań                                                                                                                                                                                              |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     | S            |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Alberta Schweitzera 7, 30- 695 Kraków                                                                                                                                                                 |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | tel. + 48 793 600 112                                                                                                                                                                                     |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |



| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45       |                                                                           | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa:                                            | Centrum Ratownictwa Medycznego i Pomocy Doraźnej - Emergency24 Sp. z o.o. |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Zakarczmie 32, 30-499 Kraków                                          |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony:                                | tel.: +48 730 112 999, +48 22 11 89 897                                   |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| identyfikator REGON                               | 362189451                                                                 |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                           | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:                                            | Mobilny zespół wymazowy- 3 zespoły                                        |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     | M            |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Zakarczmie 32, 30-499 Kraków                                          |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | tel.: +48 730 112 999                                                     |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                              |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.06.2021 r.                                                             |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                           | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:                                            | Transport sanitarny - 2 zespoły                                           | 1                               |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 1 zespół- ul. Przyjaźni 78a, 32-500 Balin                                 |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | tel.: +48 730 112 999                                                     |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                              |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                           |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46       |                                                                           | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| nazwa:                                            | Pro4Med Sp. z o.o.                                                        |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Gliwicka 35, 42-600 Tarnowskie Góry                                   |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony:                                | tel.: +48 32 700 70 70, + 48 32 320 61 90                                 |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| identyfikator REGON                               | 241740492                                                                 |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                           | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:                                            | Punkt Pobrań (Parking przy Kościele św. Barbary)                          |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     | S            |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Ks. Stanisława Pieli 11, 32-590 Libiąż                                |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | tel.: +48 730 780 796                                                     |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
|                                                   |                                                                           |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |



|                                                    |                                         |                                        |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |  |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------|--|
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                            |                                        |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 12.06.2021 r.                           |                                        |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47</b> |                                         | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |  |
| nazwa:                                             | ALFA sp.z.o.o. sp.k                     |                                        |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Reymonta 21, 33-380 Krynica Zdrój   |                                        |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |  |
| telefon/ telefony:                                 | tel.: +48 696 635 726                   |                                        |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |  |
| identyfikator REGON                                | 120540456                               |                                        |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                         | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |  |
| nazwa:                                             | Punkt Pobrań                            |                                        |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            | S                   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Nawojowska 29/1/U, 33-300 Nowy Sącz |                                        |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |  |
| telefon/ telefony                                  | tel.: +48 792 091 591                   |                                        |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |  |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                            |                                        |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 12.06.2021 r.                           |                                        |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                         | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |  |
| nazwa:                                             | Punkt Pobrań (budynek przychodni ALFA)  |                                        |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            | S                   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kłęczany 182, 33-394 Kłęczany           |                                        |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |  |
| telefon/ telefony                                  | tel.: +48 792 091 591                   |                                        |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |  |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                            |                                        |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 12.06.2021 r.                           |                                        |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                         | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |  |
| nazwa:                                             | Punkt Pobrań                            |                                        |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            | S                   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Jana Kremskiego 79, 31-859 Kraków   |                                        |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |  |
| telefon/ telefony                                  | tel.: +48 792 091 591                   |                                        |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |  |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                            |                                        |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                         |                                        |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48</b> |                                         | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |                                                 |                    |                                            |                                           |                                            |                     |  |

|                                                   |                                                                        |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa:                                            | Stowarzyszenie Malta Służba Medyczna                                   |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Totus Tuus 34, 30-443 Kraków                                       |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony:                                | tel.: +48 723 118 118                                                  |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| identyfikator REGON                               | 356712070                                                              |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1*                   |                                                                        | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:                                            | Stowarzyszenie Malta Służba Medyczna (1 zespół transportu sanitarnego) | 1                      |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Aleksandry 1, 33-332 Kraków                                        |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | tel.: +48 723 121 121                                                  |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                           |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |

|                                                   |                                                                                       |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49       |                                                                                       | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| nazwa:                                            | Centrum Medyczne "KOL- MED" samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w Tarnowie |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Plac Dworcowy 6, 33- 100 Tarnów                                                       |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 14 688 60 11                                                                 |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| identyfikator REGON                               | 10649508                                                                              |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                       | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                |
| nazwa:                                            | Punkt Pobrań                                                                          |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Plac Dworcowy 6, 33- 100 Tarnów (budynek B)                                           |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 531 415 498                                                                  |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                          |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                       |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50       |                                                                                       | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| nazwa:                                            | Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im. dr. S. Jasińskiego w Zakopanem                 |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom I<br>na 9 marca 2021 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Ciągłówka 9, 34-500 Zakopane                                                      |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| telefon/ telefony:                                | tel.: +48 18 202 68 10                                                                |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| identyfikator REGON                               | 000295449                                                                             |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                             | transport sanitarny **          | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im. dr. S. Jasińskiego Zakopanem                         |                                 | X                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Ciągłówka 9, 34-500 Zakopane                                                            |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | tel.: +48 18 202 68 10                                                                      |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                                |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                             |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51       |                                                                                             | katalog realizowanych świadczeń |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:                                            | Medikor III spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                         |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Ujastek 3, 31-752 Kraków                                                                |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | tel.: +48 18 44 37 287                                                                      |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 120575874                                                                                   |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                             | transport sanitarny **          | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:                                            | Szpital Położniczo-Ginekologicznym MEDIKOR świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii |                                 | X                                           |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom III<br>na 9 marca 2021 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Rzemieślnicza 5, 33-300 Nowy Sącz                                                       |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 18 473 13 80                                                                       |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                                |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                             |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52       |                                                                                             | katalog realizowanych świadczeń |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:                                            | Centrum Medyczne Ujastek spółka z o.o.                                                      |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom III<br>na 9 marca 2021 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Ujastek 3, 31-752 Kraków                                                                |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | tel. + 48 12 683 38 44                                                                      |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 350887420                                                                                   |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                             | transport sanitarny **          | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:                                            | Szpital Położniczo- Ginekologiczny "Ujastek"                                                |                                 | X                                           |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Ujastek 3, 31-752 Kraków                                                                |                                 |                                             |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                                                    |                                                        |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| telefon/ telefony                                  | tel. + 48 12 683 38 44                                 |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                                           |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                        |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53</b> |                                                        | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| nazwa:                                             | Mateusz Sobczak FUH Diagnostyka                        |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Diamentowa 8/22, 43 - 600 Jaworzno                 |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony:                                 |                                                        |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| identyfikator REGON                                | 241840124                                              |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                        | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:                                             | Punkt Pobrań (Parking przy Ośrodku Sportu i Rekreacji) |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Kolna 2, 30-381 Kraków                             |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     | S            |  |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 511 260 682                                   |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                                           |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                        |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                        | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:                                             | Punkt Pobrań (plac targowy)                            |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Kazimierza Wielkiego, 32- 400 Myślenice            |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     | S            |  |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 511 260 682                                   |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.                                           |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                        |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54</b> |                                                        | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| nazwa:                                             | CONCRETE Damian Bocian                                 |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Kaczeńcowa 250/2, 43-384, Jaworze                  |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony:                                 |                                                        |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| identyfikator REGON                                | 367244893                                              |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |  |

|                                                   |                                                                                                    |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---------------------------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                    | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:                                            | Punkt Pobrań Drive Thru (parking naprzeciwko Basenu)                                               |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | al. Adama Wietrznego 5, 34-120 Andrychów                                                           |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 660 146 194                                                                               |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                                       |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 12.06.2021 r.                                                                                      |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55       |                                                                                                    | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| nazwa:                                            | RENI-MED Łąckie Centrum Medyczne Teresa Janczura                                                   |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łącko 53, 33-390 Łącko                                                                             |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| telefon/ telefony:                                | tel.: +48 511 518 485                                                                              |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| identyfikator REGON                               | 120916938                                                                                          |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                    | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:                                            | Punkt Pobrań                                                                                       |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łącko 53, 33-390 Łącko                                                                             |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| telefon/ telefony                                 | tel.: +48 511 518 485                                                                              |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.                                                                                       |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 12.06.2021 r.                                                                                      |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56       |                                                                                                    | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| nazwa:                                            | Ośrodek Rehabilitacyjny Narządu Ruchu "Krzyszowice" Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom I<br>od 17 marca 2021 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Daszyńskiego 1, 32-065 Krzyszowice                                                             |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| telefon/ telefony:                                | tel.: +48 12 258 96 01                                                                             |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| identyfikator REGON                               | 357001394                                                                                          |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                    | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:                                            | Ośrodek Rehabilitacyjny Narządu Ruchu "Krzyszowice" Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej |                                 | X                                        |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Daszyńskiego 1, 32-065 Krzyszowice                                                             |                                 |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |

|                                                    |                                                                     |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                       |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| telefon/ telefony                                  | tel.: +48 12 258 96 01                                              |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                       |
| Data dodania do wykazu                             | 17.03.2021 r.                                                       |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                       |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                     |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                       |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57</b> |                                                                     | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                       |
| nazwa:                                             | Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie sp. z o. o. |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom II<br>od 18 marca 2021 r. do 23 maja 2021 r.<br>Poziom I<br>od 24 maja 2021 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Trynatarska 11, 31-061 Kraków                                       |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                       |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 12 37 97 100                                               |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                       |
| identyfikator REGON                                | 121065900                                                           |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                       |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                     | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                                                                       |
| nazwa:                                             | Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie sp. z o. o. |                                        | X                                        |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Trynatarska 11, 31-061 Kraków                                       |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                       |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 12 37 97 100                                               |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                       |
| Data dodania do wykazu                             | 18.03.2021 r.                                                       |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                       |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                     |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                       |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58</b> |                                                                     | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                       |
| nazwa:                                             | INTERCARD sp. z o.o. z siedzibą w Krakowie                          |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom III<br>od 8 kwietnia 2021 r.                                                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | al. Władysława Beliny- Prażmowskiego 60, 31514 Kraków               |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                       |
| telefon/ telefony:                                 | tel.: +48 12 621 15 00                                              |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                       |
| identyfikator REGON                                | 120040222                                                           |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                       |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                     | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                                                                       |
| nazwa:                                             | Centrum Kardiologii Inwazyjnej Elektroterapii i Angiologii          |                                        | X                                        |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Młyńska 5, 33-300 Nowy Sącz                                     |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                       |
| telefon/ telefony                                  | tel.: +48 18 440 74 91                                              |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                       |
| Data dodania do wykazu                             | 8.04.2021 r.                                                        |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                       |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                     |                                        |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                       |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59</b> |                                                                     | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |                                     |                                    |                                     |              |                                                                                       |



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

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



|                                                                                                                            |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie karty DILO | X |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|

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

[illegible]

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

[illegible]

### Wykaz - Kwalifikacja do programu Domowa Opieka Medyczna

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

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1        |                                                                                                     | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| 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                    |                                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie                     | W                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Jakubowskiego 2, 31-501 Kraków                                                                  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | tel.: +48 501 465 894                                                                               |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | SZPITAL TYMCZASOWY -SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE |                         | 5                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-501, Kopernika 50                                                                        |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 124248600                                                                                           |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                     |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2        |                                                                                                     | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej      |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | os. Na Skarpie 66, 31-913 Kraków                                                                    |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | tel.: + 48 12 644 01 44, +48 12 622 94 65                                                           |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 000630161                                                                                           |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej      | W                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | os. Na Skarpie 66, 31-913 Kraków                                                                    |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | tel.: +48 12 622 93 42                                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia chorób zakaźnych                                                                           |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-913, os. Na Skarpie 66                                                                   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 126229502                                                                                           |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia chorób zakaźnych dzieci - BUDYNEK H                                                        |                         | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-913, os. Na Skarpie 66 budynek H                                                         |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 126229502                                                                                           |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 16.04.2021                                                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia medycyny pracy - BUDYNEK C                                                                 |                         | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-913, os. Na Skarpie 66 budynek C                                                         |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 126229502                                                                                           |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 16.04.2021                                                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                     |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3        |                                                                                                     | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.                                 |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków                                                                 |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 12 646 8 502                                                                               |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 121188694                                                                                           |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.                                 | W                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-586, Galicyjska 9                                                                        |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | tel.: +48 606 629 315                                                                               |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | EXPO KRAKÓW - POPULACYJNE Punkt szczepień                                                           |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-586, Galicyjska 9                                                                        |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 727 797 074                                                                                         |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.                                      |                         | 5                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-586, Galicyjska 9                                                                        |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 727 797 074                                                                                         |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                     |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4        |                                                                                                     | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie        |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów                                                                     |                         |                             |

|                                                   |                                                                                                                          |                             |                                    |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefon:                                 | tel. +48 14 631 50 00                                                                                                    |                             |                                    |
| identyfikator REGON                               | 850052740                                                                                                                |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                                          | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie                             | <b>W</b>                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów                                                                                          |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                  | tel.: +48 14 631 50 98                                                                                                   |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                               |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                                                                          | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień Powszechnych - ARENA JASKÓŁKA                                                                            |                             | <b>10</b>                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Traugutta 38, 33-101 Tarnów                                                                                          |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                  | tel.: 146315813                                                                                                          |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 17.05.2021                                                                                                               |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                          |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5</b> |                                                                                                                          | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                            | Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu                                                          |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Młyńska 10, 33 - 300 Nowy Sącz                                                                                       |                             |                                    |
| telefon/ telefon:                                 | + 48 18 443 88 77                                                                                                        |                             |                                    |
| identyfikator REGON                               | 000306437                                                                                                                |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                                          | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu                                                          | <b>W</b>                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Młyńska 10, 33 - 300 Nowy Sącz                                                                                       |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                  | tel.: +48 884 313 999                                                                                                    |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                               |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                                                                          | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień Powszechnych - Szpital Specjalistyczny im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu                                 |                             | <b>4</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Młyńska 5, 33 - 300 Nowy Sącz                                                                                        |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                  | 184425694 184425674                                                                                                      |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 28.04.2021                                                                                                               |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                          |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6</b> |                                                                                                                          | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                            | Podhalanski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu                                                      |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ                                                                                       |                             |                                    |
| telefon/ telefon:                                 | +48 18 263 30 01                                                                                                         |                             |                                    |
| identyfikator REGON                               | 000308324                                                                                                                |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                                          | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Podhalanski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu                                                      | <b>W</b>                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ                                                                                       |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                  | tel.: +48 18 263 31 26                                                                                                   |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                               |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                                                                          | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet Opieki Całodobowej Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej Rodzinalski Szpital Specjalistyczny im. Jana           |                             | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ                                                                                       |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                  | 182633111                                                                                                                |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 26.03.2021                                                                                                               |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                                                                                          | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień Powszechnych - Starostwo Powiatowe w Nowym Targu                                                         |                             | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY TARG, 34-400, ul. Bolesława Wstydlwego 14                                                                           |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                  | 182633111                                                                                                                |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 26.04.2021                                                                                                               |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |                                                                                                                          | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień Powszechnych - Podhalanski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu - Węzłowo-Populacyjny |                             | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY TARG, 34-400, ul. Szpitalna 14                                                                                      |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                  | 182633111                                                                                                                |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 30.04.2021                                                                                                               |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                          |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7</b> |                                                                                                                          | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                            | Specjalistyczny Szpital im. E. Szczeklika w Tarnowie                                                                     |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Szpitalna 13, 33-100 Tarnów                                                                                          |                             |                                    |
| telefon/ telefon:                                 | +48 14 63 10 100                                                                                                         |                             |                                    |
| identyfikator REGON                               | 000313408                                                                                                                |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                                          | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Specjalistyczny Szpital im. E. Szczeklika w Tarnowie                                                                     | <b>W</b>                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Szpitalna 13, 33-100 Tarnów                                                                                          |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                  | tel.: +48 698 812 000                                                                                                    |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                               |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                          |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8</b> |                                                                                                                          | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w MOGILANY, 32-031, ul. Św. Bartłomieja Apostoła 21                       |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 12 27 01 998, 12 27 01 270, 12 27 77 177                                                                                 |                             |                                    |
| telefon/ telefon:                                 | 351571541                                                                                                                |                             |                                    |
| identyfikator REGON                               | 351571541                                                                                                                |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                                          | <b>szczenie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w MOGILANY, 32-031, Św. Bartłomieja Apostoła 21                           |                             | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 122777170                                                                                                                |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                  | 122777170                                                                                                                |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                               |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                          |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9</b> |                                                                                                                          | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Proszowice, 32-100, ul. Mikołaja Kopernika 13                           |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | +48 12 386 51 00, +48 12 386 51 05                                                                                       |                             |                                    |
| telefon/ telefon:                                 | 000300593                                                                                                                |                             |                                    |
| identyfikator REGON                               | 000300593                                                                                                                |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                                          | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Proszowice, 32-100, ul. Mikołaja Kopernika 13                           | <b>W</b>                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | tel. +48 606 612 738                                                                                                     |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                  | 09.03.2021                                                                                                               |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                               |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                                                                          | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Poradnia ogólna                                                                                                          |                             |                                    |

|                                                    |                                                            |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LUCZYCE, 32-010, Dworska 1                                 |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 123871199                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                            | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia ogólna                                            |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WIERZBNO, 32-104, 2                                        |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 123869299                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                            | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet lekarza POZ                                        |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WAWRZCZYCE, 32-125, 174                                    |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 122874009                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>              |                                                            | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia ogólna                                            |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | IGOŁOMIA, 32-126, 16                                       |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 122873014                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>              |                                                            | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Szpital - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI              |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PROSZOWICE, 32-100, Mikołaja Kopernika 13                  |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 690117868                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10</b> |                                                            | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ LECZNICTWA OTWARTEGO          |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WIELICZKA, 32-020, ul. Bolesława Szpunara 20               |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 12 27 82 824                                               |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 350674687                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                            | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia Ogólna - SPZLO w Wieliczce                        |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WIELICZKA, 32-020, Bolesława Szpunara 20                   |                                | 2                                  |
| telefon/ telefony                                  | 733030577                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11</b> |                                                            | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-202, ul. Prądnicka 35-37                        |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 12 416 22 66                                               |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 357207664                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                            | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Prądnicka 35-37, 31-202 Kraków                         | W                              |                                    |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 609 227 009                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                            | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza - |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-202, Prądnicka 35-37                            |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 122578672                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12</b> |                                                            | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w      |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-202, ul. Prądnicka 80                           |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 126142000                                                  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 000290073                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                            | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w      |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków,                           | W                              |                                    |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 504 906 449                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                            | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Wojewódzka Poradnia Szczepień Ochronnych                   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-202, Prądnicka 80                               |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 0126142237                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13</b> |                                                            | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W           |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GOLCZA, 32-075, 80C-D                                      |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 12 38 86 099                                               |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 351566391                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                            | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet lekarza POZ                                        |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GOLCZA, 32-075, 80 C-D                                     |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 123886099                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14</b> |                                                            | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W           |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | DZIEWIN, 32-708, 48A                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 12 28 17 198; 12 28 17 124                                 |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 351145212                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                            | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | OŚRODEK ZDROWIA W DZIEWINIE                                |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | DZIEWIN, 32-708, 48 a                                      |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 122817198                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                            | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | OŚRODEK ZDROWIA W DZIEWINIE - Z FILIĄ DZIAŁAJĄCĄ W         |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŚWINIARY, 32-709, 117                                      |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 122817002                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15</b> |                                                            | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SPECJALISTYCZNE CENTRUM DIAGNOSTYCZNO - ZABIEGOWE          |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-559, ul. Stefana Rogozińskiego 5                |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 124173311                                                  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 008397907                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                            | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet Lekarza POZ                                        |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-559, Grzegorzeczka 67C                          |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 123457001                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                            | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                            |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 30-307, Barska 12                                  |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 122665062                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                            | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                            |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-559, Stefana Rogozińskiego 5                    |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 124173311                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16</b> |                                                            | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | CENTRUM MEDYCZNE UJASTER SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ              |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-752, ul. Ujastek 3                              |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 12 68 33 800                                               |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 350887420                                                  |                                |                                    |

|                                                    |                                                           |                           |                                    |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt szczepień Centrum Medyczne "Ujastek"                |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-752, Ujastek 3                                 |                           | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon                                   | 126833844                                                 |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                           |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17</b> |                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY RODZINNYCH Spółka z              |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-061, ul. Bocheńska 4                           |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 12 43 05 773                                              |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                | 351063365                                                 |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Grupowa    |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-061, Bocheńska 4                               |                           | <b>2</b>                           |
| telefon/ telefon                                   | 124305773                                                 |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                           |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18</b> |                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie oosulacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | NZO2 SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA ERGOMED         |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 30-415, ul. Bonarka 18                            |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 12 26 62 195                                              |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                | 351269256                                                 |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia lekarza POZ                                      |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 30-415, Bonarka 18                                |                           | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon                                   | 122662195                                                 |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                           |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19</b> |                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - PRAKTYKA          |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-636, Osiedle Oświecenia 45                     |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                   | +48 126410400                                             |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                | 351356469                                                 |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia lekarza rodzinnego                               |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-636, os. Oświecenia 45                         |                           | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon                                   | 126410400                                                 |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                           |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20</b> |                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | DIAGNOSTYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ                          |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-864, ul. prof. Michała Życzkowskiego 16        |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 12 29 50 100                                              |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                | 356366975                                                 |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt szczepień                                           |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-864, Prof. Michała Życzkowskiego 16            |                           | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon                                   | 122950100                                                 |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                           |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt Szczepień                                           |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-034, Mikołaja Kopernika 8                      |                           | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon                                   | 122950100                                                 |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                           |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21</b> |                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA - OŚRODEK ZDROWIA W             |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SIEPRAW, 32-447, 898                                      |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 12 27 46 030                                              |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                | 351492215                                                 |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia Lekarza POZ                                      |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SIEPRAW, 32-447, 741                                      |                           | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon                                   | 122746030                                                 |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                           |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22</b> |                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie oosulacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | LEKARZE RODZINNI E.FIGIEL.M.FIGIEL S.C.                   |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-235, ul. Koło Białuchy 25                      |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 12 25 00 670                                              |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                | 351514320                                                 |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarzy    |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TRABKI, 32-020, 159                                       |                           | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon                                   | 602702915                                                 |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                           |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23</b> |                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | "SANO-MED" Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością        |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NOWE BRZESKO, 32-120, Partyzantów 4                       |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 12 38 52 012                                              |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                | 351521201                                                 |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | SANO-MED SP Z O.O.                                        |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NOWE BRZESKO, 32-120, PARTYZANTÓW 4                       |                           | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon                                   | 12 3852012                                                |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                           |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24</b> |                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | PRZYCHODNIA MEDYCYNY RODZINNEJ SPÓŁKA Z                   |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SUKOWICE, 32-440, ul. Szkolna 9                           |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 2732173                                                   |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                | 351535798                                                 |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Przychodnia Medycyny Rodzinnej w Sukowicach               |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SUKOWICE, 32-440, Szkolna 9                               |                           | <b>2</b>                           |
| telefon/ telefon                                   | 883314866                                                 |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                           |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Przychodnia Medycyny Rodzinnej-Punkt Lekarski w Izdebniku |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | IZDEBNIK, 34-144, Krakowska 9                             |                           | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon                                   | 883314866                                                 |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                           |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Przychodnia Medycyny Rodzinnej-Oddział w Lanckoronie      |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LANCKORONA, 34-143, 10                                    |                           | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon                                   | 883314866                                                 |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                           |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25</b> |                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO ELŻBIETA WODNIAK              |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WIŚNIOWA, 32-412, 1                                       |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 501 008 281                                               |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                | 351518297                                                 |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet Lekarza Rodzinnego                                |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WIŚNIOWA, 32-412, 1                                       |                           | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon                                   | 501008281                                                 |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                           |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26</b> |                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Lucyna Kufel                                              |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZIELONKI, 32-087, ul. Galicyjska 15                       |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 12 28 50 014                                              |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                | 351306715                                                 |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | NZO2 Gabinet Lekarza Rodzinnego lek. med. Lucyna Kufel    |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZIELONKI, 32-087, Galicyjska 15                           |                           | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon                                   | 122850014                                                 |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                           |                           |                                    |



|                                                    |                                                               |                           |                                    |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27</b> |                                                               | <b>szczenie personełu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | MALGORZATA SOWINSKA-SOWA NIEPUBLICZNY ZAKLAD                  |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RYBNA, 32-061, ul. Lawendowa 2                                |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 12 28 04 004                                                  |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                | 351562737                                                     |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                               | <b>szczenie personełu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | punkt szczepień NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego              |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RYBNA, 32-061, Lawendowa 2                                    |                           | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon                                   | 122804004                                                     |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                    |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                               |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                               | <b>szczenie personełu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | punkt szczepień NZOZ - Praktyka Lekarza Rodzinnego Filia w    |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRZESZOWICE, 32-065, Legionów Polskich 7A                     |                           | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon                                   | 12286580                                                      |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                    |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                               |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28</b> |                                                               | <b>szczenie personełu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | TOMASZ SOBAŁSKI                                               |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZIELONKI, 32-087, ul. Galicyjska 15                           |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 601 461 105                                                   |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                | 351258376                                                     |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                               | <b>szczenie personełu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gabinet Lekarza         |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZIELONKI, 32-087, Galicyjska 15                               |                           | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon                                   | 122850112                                                     |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                    |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                               |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29</b> |                                                               | <b>szczenie personełu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Andrzej Zajac Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej           |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BATOWICE, 32-086, ul. Karola Wojtyły 110                      |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 12 28 59 417                                                  |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                | 351304969                                                     |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                               | <b>szczenie personełu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet(poradnia) podstawowej opieki zdrowotnej               |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BATOWICE, 32-086, Karola Wojtyły 110                          |                           | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon                                   | 122859417                                                     |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                    |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                               |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30</b> |                                                               | <b>szczenie personełu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | RAFAL KACORZYK                                                |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 30-092, ul. Krakusów 1B/2                             |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 12 63 86 632                                                  |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                | 351304410                                                     |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                               | <b>szczenie personełu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | punkt szczepień NZOZ Gabinet Lekarza Rodzinnego Rafał         |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BRZÓZOWKA, 32-088, krakowska 20                               |                           | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon                                   | 124194817                                                     |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                    |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                               |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31</b> |                                                               | <b>szczenie personełu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | MALGORZATA KULIS-MACHETA CENTRUM MEDYCZNO -                   |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 30-015, ul. Cieszyńska 16                             |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 609 533 656                                                   |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                | 350524730                                                     |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                               | <b>szczenie personełu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ                                          |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 30-015, Cieszyńska 16                                 |                           | <b>2</b>                           |
| telefon/ telefon                                   | 122221240                                                     |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                    |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                               |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32</b> |                                                               | <b>szczenie personełu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Praktyka Grupowa Lekarzy Rodzinnych Spółka Jawna              |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-869, os. 2 Pułku Lotniczego 22                     |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 12 64 91 321                                                  |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                | 351562602                                                     |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                               | <b>szczenie personełu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia Lekarza Rodzinnego                                   |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-869, os. 2 Pułku Lotniczego 22                     |                           | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon                                   | 126491321                                                     |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                    |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                               |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33</b> |                                                               | <b>szczenie personełu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Zespół Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Tarnowskiej               |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1                    |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                   | +48 014 642 28 31, +48 014 642 27 50                          |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                | 000304361                                                     |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                               | <b>szczenie personełu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Zespół Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Tarnowskiej               |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1                    | <b>W</b>                  |                                    |
| telefon/ telefon                                   | tel.: +48 603131338                                           |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                    |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                               |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                               | <b>szczenie personełu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Szpitalna Przychodnia Rodzinna                                |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | DĄBROWA TARNOWSKA, 33-200, Szpitalna 1                        |                           | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon                                   | 146422831                                                     |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                    |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                               |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                               | <b>szczenie personełu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt Szczepień Powszechnych - Szpital w Dąbrowie Tarnowskiej |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | DĄBROWA TARNOWSKA, 33-200, Szpitalna 1                        |                           | <b>3</b>                           |
| telefon/ telefon                                   | 146443341                                                     |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 29.04.2021                                                    |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                               |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34</b> |                                                               | <b>szczenie personełu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W OLESNIE                     |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OLEŚNO, 33-210, ul. Leśna 10                                  |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 14 64 11 011                                                  |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                | 850446574                                                     |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                               | <b>szczenie personełu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej      |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OLEŚNO, 33-210, Leśna 10                                      |                           | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon                                   | 146411011                                                     |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                    |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                               |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35</b> |                                                               | <b>szczenie personełu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI                    |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RZĘZAWA, 32-765, ul. Wiśniowa 30                              |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 14 68 58 410                                                  |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                | 850521962                                                     |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                               | <b>szczenie personełu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej                        |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RZĘZAWA, 32-765, Wiśniowa 30                                  |                           | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon                                   | 146127818                                                     |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                    |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                               |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36</b> |                                                               | <b>szczenie personełu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | MOŚCICKIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ               |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARNÓW, 33-101, ul. Eugeniusza Kwiatkowskiego 15              |                           |                                    |

|                                                    |                                                                                                   |                             |                                    |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefon:                                  | 14 68 80 511                                                                                      |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 851664020                                                                                         |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Mościckie Centrum Medyczne - Poradnia Rodzinna                                                    |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARNÓW, 33-101, E. Kwiatkowskiego 15                                                              |                             | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon:                                  | tel: 14 688 05 50                                                                                 |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                        |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | MOŚCICKIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARNÓW, 33-101, E. Kwiatkowskiego 15                                                              | <b>P</b>                    |                                    |
| telefon/ telefon:                                  | tel: 14 688 05 50                                                                                 |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                        |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                   |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37</b> |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | "CENTERMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ                                                                  |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARNÓW, 33-100, pl. Jana Sobieskiego 2                                                            |                             |                                    |
| telefon/ telefon:                                  | 14 63 14 800                                                                                      |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 851659993                                                                                         |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | CenterMed Sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej                                        |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARNÓW, 33-100, Kazimierza Pułaskiego 92                                                          |                             | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon:                                  | 14 62 70 810                                                                                      |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                        |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | CenterMed Sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej                                        |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZŁOBIEC, 33-113, Żyłobicka 9                                                                      |                             | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon:                                  | 146743021                                                                                         |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 26.03.2021                                                                                        |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | CenterMed Sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej                                        |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Brzesko, 32-800, Browarna 5c                                                                      |                             | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon:                                  | 146635141                                                                                         |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 26.03.2021                                                                                        |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                   |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38</b> |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku                                          |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko                                                            |                             |                                    |
| telefon/ telefon:                                  | tel.: +48 14 662 10 00                                                                            |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 000304355                                                                                         |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                   | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku                                          |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko                                                            | <b>W</b>                    |                                    |
| telefon/ telefon:                                  | tel.: +48 511438360                                                                               |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                        |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia ogólna                                                                                   |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BRZESKO, 32-800, Tadeusza Kościuszki 68                                                           |                             | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon:                                  | 146621171                                                                                         |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                        |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZĘCHNYCH SPZOZ W BRZESKU                                                      |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BRZESKO, 32-800, Tadeusza Kościuszki 68                                                           |                             | <b>4</b>                           |
| telefon/ telefon:                                  | 509 640 404<br>509 640 423                                                                        |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 21.04.2021                                                                                        |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                   |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39</b> |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | OŚRODEK ZDROWIA W ŁUKOWICY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Bohaterów Orła Białego 82                                                  |                             |                                    |
| telefon/ telefon:                                  | 18 3335014                                                                                        |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 366213181                                                                                         |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet zabiegowy                                                                                 |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁUKOWICA, 34-606, 8                                                                               |                             | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon:                                  | 183335014                                                                                         |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                        |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                   |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40</b> |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | UZDROWISKO SZCZAWNICA SPÓŁKA AKCYJNA                                                              |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SZCZAWNICA, 34-460, ul. Źdrojowa 26                                                               |                             |                                    |
| telefon/ telefon:                                  | 185400420                                                                                         |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 000288219                                                                                         |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Przychodnia Uzdrawiskowa                                                                          |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SZCZAWNICA, 34-460, Park Górny 2                                                                  |                             | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon:                                  | 18 26 22 220                                                                                      |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                        |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                   | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | UZDROWISKO SZCZAWNICA SPÓŁKA AKCYJNA                                                              |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SZCZAWNICA, 34-460, ul. Źdrojowa 26                                                               | <b>P</b>                    |                                    |
| telefon/ telefon:                                  | tel: 1805400420                                                                                   |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                        |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                   |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41</b> |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | NZO JODŁOWNIK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA                          |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | JODŁOWNIK, 34-620, 174                                                                            |                             |                                    |
| telefon/ telefon:                                  | 18 33 21 120                                                                                      |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 369412640                                                                                         |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | punkt szczepień Gabinet Lekarza POZ                                                               |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | JODŁOWNIK, 34-620, 174                                                                            |                             | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon:                                  | 183321120                                                                                         |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                        |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                   |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42</b> |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "LEKARZ RODZINNY" EDYTA MRÓŻ, MARCIN MRÓŻ SPÓŁKA PARTNERSKA |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁĄBOWA, 33-336, 284                                                                               |                             |                                    |
| telefon/ telefon:                                  | 18 47 11 286                                                                                      |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 121409267                                                                                         |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt szczepień                                                                                   |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁĄBOWA, 33-336, 284                                                                               |                             | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon:                                  | 184711286                                                                                         |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                        |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                   |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43</b> |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | "UZDROWISKO KRYNICA-ŻĘGIESTÓW" SPÓŁKA AKCYJNA                                                     |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, al. Aleja inż. Nowotarskiego 9/4                                           |                             |                                    |
| telefon/ telefon:                                  | 18471201                                                                                          |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 491900275                                                                                         |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                   | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Sanatorium Uzdrawiskowe Patria                                                                    |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, Kazimierza Pułaskiego 35                                                   |                             | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon:                                  | 184712811                                                                                         |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                        |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                   |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44</b> |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Dziedzic Janusz Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej                                             |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SŁOPNICE, 34-615, 518                                                                             |                             |                                    |
| telefon/ telefon:                                  | 18 3326004                                                                                        |                             |                                    |

|                                                    |                                                                                           |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Identyfikator REGON                                | 121403543                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Słopcach                                          |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SŁOPNICE, 34-615, 518                                                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 183326004                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45</b> |                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Stanisława Kucharska                                                                      |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SZCZAWA, 34-607, 425                                                                      |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 18 33 24 015                                                                              |                                |                                    |
| Identyfikator REGON                                | 490103453                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szczawie                                          |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SZCZAWA, 34-607, 425                                                                      |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 183324015                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46</b> |                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | BOR-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                           |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRASNE-LASOVICE, 34-620, 192                                                              |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 18 33 21 403                                                                              |                                |                                    |
| Identyfikator REGON                                | 360679085                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Bor-Med - PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                 |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRASNE-LASOVICE, 34-620, Krasne 192                                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 183321403                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet Lekarza Rodzinnego - PUNKT SZCZEPIEŃ                                              |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LAPANOW, 32-740, 185                                                                      |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 146853425                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47</b> |                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</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/ telefon                                   | tel. +48 18 20 120 21, +48 18 20 153 51                                                   |                                |                                    |
| Identyfikator REGON                                | 000311510                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem                                | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane                                                         |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                   | tel. +48 572 703 346                                                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia lekarza POZ                                                                      |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZAKOPANE, 34-500, Kamieniec 10                                                            |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 182012021                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt Szczepień Powszechnych - Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZAKOPANE, 34-500, Kamieniec 10                                                            |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 182012021 264                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 23.04.2021                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48</b> |                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w                                       |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice                                                          |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                   | tel. +48 18 35-53-200                                                                     |                                |                                    |
| Identyfikator REGON                                | 000308614                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w                                       | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice                                                          |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                   | tel. +48 606999740                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet lekarza POZ                                                                       |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GORLICE, 38-300, Węgierska 21                                                             |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 183553260                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt Szczepień Powszechnych                                                              |                                | <b>4</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GORLICE, 38-300, Sportowa 9                                                               |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 183553222                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 21.04.2021                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49</b> |                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W                                            |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MANIOWY, 34-436, ul. Gorczańska 6                                                         |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 18 27 50 088                                                                              |                                |                                    |
| Identyfikator REGON                                | 490687997                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek Zdrowia W                                            |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MANIOWY, 34-436, GORCZAŃSKA 6                                                             |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 182750088                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50</b> |                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W                                          |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NAPRAWA, 34-240, 477                                                                      |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 18 26 72 012                                                                              |                                |                                    |
| Identyfikator REGON                                | 357168480                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet szczepień                                                                         |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NAPRAWA, 34-240, 477                                                                      |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 182672012                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51</b> |                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W                                          |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LIPNICY WIELKIEJ                                                                          |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                   | LIPNICA WIELKA, 34-483, 517                                                               |                                |                                    |
| Identyfikator REGON                                | 18 26 34 504                                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt szczepień SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI                                       |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LIPNICA WIELKA, 34-483, 517                                                               |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 182634504                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52</b> |                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W                                            |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LAPSE NIŻNE, 34-442, ul. Długa 169                                                        |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 182659398                                                                                 |                                |                                    |
| Identyfikator REGON                                | 490529927                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt szczepień Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek                                      |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LAPSE NIŻNE, 34-442, Długa 169                                                            |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 182659398                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53</b> |                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W                                            |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SZAFARZY, 34-424, UL. WŁADYSŁAWA ORKANA 37C                                               |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 18 27 54 776                                                                              |                                |                                    |

|                                                   |                                                                            |                      |                             |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| identyfikator REGON                               | 490765680                                                                  |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                            | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W SZAFARACH                   |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZAFARAY, 34-424, Orkana 37c                                               |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 182754776                                                                  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                 |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                            |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54       |                                                                            | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu                                      |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŚWIECIM, 32-600, ul. Wysokie Brzegi 4                                     |                      |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 33 844 82 00                                                               |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 000304409                                                                  |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                            | szczenie personelu   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu                                      |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wysokie Brzegi 4, 32-600 Oświęcim                                          | W                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | tel. +48 605666823                                                         |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                 |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                            |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                            | szczenie personelu   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu                                      |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŚWIECIM, 32-600, ul. Wysokie Brzegi 4                                     |                      | 1                           |
| telefon/ telefon                                  | 338448267                                                                  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 30.04.2021                                                                 |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                            |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55       |                                                                            | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WIEPRZU                   |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIEPRZ, 34-122, ul. Wadowicka 3                                            |                      |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 33 870 67 60                                                               |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 072135480                                                                  |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                            | szczenie personelu   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia lekarza poz                                                       |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIEPRZ, 34-122, Wadowicka 3                                                |                      | 1                           |
| telefon/ telefon                                  | 338755052                                                                  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                 |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                            |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56       |                                                                            | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mucharzu                  |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MUCHARZ, 34-106, 226                                                       |                      |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 33 8761410                                                                 |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 070745010                                                                  |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                            | szczenie personelu   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Ośrodek Zdrowia w Mucharzu                                                 |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MUCHARZ, 34-106, 226                                                       |                      | 1                           |
| telefon/ telefon                                  | 338761410                                                                  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                 |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                            |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57       |                                                                            | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Zembrzycach                  |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZEMBRZYCE, 34-210, 541                                                     |                      |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 33 8746010                                                                 |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 072140914                                                                  |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                            | szczenie personelu   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia lekarza POZ                                                       |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZEMBRZYCE, 34-210, 541                                                     |                      | 1                           |
| telefon/ telefon                                  | 338746010                                                                  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                 |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                            |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58       |                                                                            | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OŚRODEK ZDROWIA W BIENKÓWCE |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIENKÓWKA, 34-212, 410                                                     |                      |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 33 874 01 61                                                               |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 072148614                                                                  |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                            | szczenie personelu   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Ośrodek Zdrowia w Bienkowie                                                |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIENKÓWKA, 34-212, 410                                                     |                      | 1                           |
| telefon/ telefon                                  | 33 874 01 61                                                               |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                 |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                            |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59       |                                                                            | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Miejska Przychodnia Zdrowia w Suchej Beskidzkiej                           |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUCHA BESKIDZKA, 34-200, ul. Handlowa 1                                    |                      |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 33 874 28 17                                                               |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 072127871                                                                  |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                            | szczenie personelu   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Miejska Przychodnia Zdrowia w Suchej Beskidzkiej                           |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUCHA BESKIDZKA, 34-200, Handlowa 1                                        |                      | 1                           |
| telefon/ telefon                                  | 338742817                                                                  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                 |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                            |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60       |                                                                            | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Miejska Przychodnia Zdrowia                                                |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MAKÓW PODHAŁAŃSKI, 34-220, ul. Kościuski 1                                 |                      |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 33 877 18 17                                                               |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 072128805                                                                  |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                            | szczenie personelu   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Miejska Przychodnia Zdrowia                                                |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MAKÓW PODHAŁAŃSKI, 34-220, Kościuski 1                                     |                      | 1                           |
| telefon/ telefon                                  | 338771817                                                                  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                 |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                            |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61       |                                                                            | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | WIEJSKI OŚRODEK ZDROWIA W JUSZCZYŃIE                                       |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JUSZCZYN, 34-231, 542                                                      |                      |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 33 8771443                                                                 |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 072122879                                                                  |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                            | szczenie personelu   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Wiejski Ośrodek Zdrowia w Juszczyńie                                       |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JUSZCZYN, 34-231, 542                                                      |                      | 1                           |
| telefon/ telefon                                  | 338771443                                                                  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                 |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                            |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62       |                                                                            | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SPYTKOWICACH                             |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SPYTKOWICE, 34-116, ul. Szkolna 1                                          |                      |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 33 87 91 828                                                               |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 072148962                                                                  |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                            | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ                                             |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SPYTKOWICE, 34-116, SZKOLNA 1                                              |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 338791828                                                                  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                 |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                            |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63       |                                                                            | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Stryśzowie                   |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRYSZÓW, 34-146, 557                                                      |                      |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 33 8797585                                                                 |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 357002838                                                                  |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                            | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | punkt szczepień Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Stryśzowie   |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRYSZÓW, 34-146, 557                                                      |                      |                             |

|                                                    |                                                                                          |                           |                                    |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony                                  | 338797495                                                                                |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                               |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                          |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64</b> |                                                                                          | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kalwarii Zebrzydowskiej                 |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KALWARIA ZEBRZYDOWSKA, 34-130, al. Jana Pawła II 7                                       |                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 33 8766 437                                                                              |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                | 357002301                                                                                |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                          | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Miejska Przychodnia Zdrowia w Kalwarii Zebrzydowskiej                                    |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KALWARIA ZEBRZYDOWSKA, 34-130, Jana Pawła II 7                                           |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 338766437                                                                                |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                               |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                          |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                          | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Wiejski Ośrodek Zdrowia w Leńczach                                                       |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LEŃCZE, 34-130, 284                                                                      |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 338768795                                                                                |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                               |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                          |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                          | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Wiejski Ośrodek Zdrowia w Przytkowicach                                                  |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PRZYTKOWICE, 34-141, 416                                                                 |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 338768425                                                                                |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                               |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                          |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                                                          | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt Szczepień Powszechnych w Kalwarii Zebrzydowskiej - Hala Sportowa Zespół Szkół nr 1 |                           | <b>3</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KALWARIA ZEBRZYDOWSKA, 34-130, ul. Mickiewicza 14                                        |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 518514673                                                                                |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 26.04.2021                                                                               |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                          |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65</b> |                                                                                          | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Chełmku                                    |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CHELMK, 32-660, ul. Staicha 1                                                            |                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 33 846 14 61, 846 11 69, 846 12 02                                                       |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                | 357007652                                                                                |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                          | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Chełmku                                    |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CHELMK, 32-660, ul. Staicha 1                                                            |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 338461202                                                                                |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                               |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                          |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                          | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | SG ZOZ w Chełmku - Hala sportowa                                                         |                           | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CHELMK, 32-660, ul. Krakowska 18                                                         |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 338461461                                                                                |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 16.04.2021                                                                               |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                          |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66</b> |                                                                                          | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | ZAKŁAD LECZNICTWA AMBULATORIJNEGO W CHRZANOWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CHRZANÓW, 32-500, ul. Sokoła 19                                                          |                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 32 62 32 211                                                                             |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                | 276218481                                                                                |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                          | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt szczepień - ZLA w Chrzanowie                                                       |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CHRZANÓW, 32-500, Sokoła 19                                                              |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 32 610 00 49                                                                             |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                               |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                          |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                          | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt szczepień - ZLA Chrzanów                                                           |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CHRZANÓW, 32-500, Broniewskiego 16c                                                      |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 32 623 44 68                                                                             |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                               |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                          |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                          | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt szczepień - ZLA Chrzanów                                                           |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CHRZANÓW, 32-500, Kalinowa 7                                                             |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 32 661 87 57                                                                             |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                               |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                          |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                                                          | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej - ZLA Chrzanów                                    |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LUSZOWICE, 32-500, Strażacka 8                                                           |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 327115050                                                                                |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                               |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                          |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>              |                                                                                          | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej - ZLA Chrzanów                                    |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BALIN, 32-500, Wyzwolenia 65                                                             |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 32 613 17 87                                                                             |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                               |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                          |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>              |                                                                                          | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej - ZLA Chrzanów                                    |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PLAZA, 32-552, Jana Korczaka 2                                                           |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 326131250                                                                                |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                               |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                          |                           |                                    |

|                                                   |                                                                               |                    |                             |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 7                    |                                                                               | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej - ZLA Chrzanów                         |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHYZANÓW, 32-500, ul. Kolonia Stella 19/1                                     |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 32 623 04 32                                                                  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                    |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                               |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67       |                                                                               | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | "DIABET" CENTRUM MEDYCZNE S.C. LESZEK ROMANOWSKI                              |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BARBARA ROMANOWSKA                                                            |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | CHYZANÓW, 32-500, ul. Kościuszki 18                                           |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 32 62 31 373                                                                  |                    |                             |
|                                                   | 851722668                                                                     |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                               | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Przychodnia - Centrum Wielospecjalistycznej Opieki Ambulatoryjnej             |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHYZANÓW, 32-500, Kościuszki 18                                               |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 326231373                                                                     |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                    |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                               |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68       |                                                                               | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | JAROSŁAW KUBICKI                                                              |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GDÓW, 32-420, 336                                                             |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 602 773 919                                                                   |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 350693532                                                                     |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                               | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PORADNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                                        |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GDÓW, 32-420, 1349                                                            |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 122514009                                                                     |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                    |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                               |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69       |                                                                               | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZEGOCINIE                                   |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZEGOCINA, 32-731, 232                                                         |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 14 61 32 034                                                                  |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 851712635                                                                     |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                               | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZEGOCINIE                                   |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZEGOCINA, 32-731, 232                                                         |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 146132034                                                                     |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                    |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                               |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70       |                                                                               | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | OLAF DUBIEL                                                                   |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GDÓW, 32-420, 402                                                             |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 12 25 14 829                                                                  |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 350314530                                                                     |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                               | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Olaf Dubiel |                    | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GDÓW, 32-420, 402                                                             |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 12 25 14 829                                                                  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                    |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                               |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71       |                                                                               | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KĘTACH                                      |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĘTY, 32-650, ul. Jana III Sobieskiego 45                                     |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 33 84 52 036, 33 84 52 740                                                    |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 357029526                                                                     |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                               | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | punkt szczepień Przychodnia Zdrowia w Kętach                                  |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĘTY, 32-650, Jana III Sobieskiego 35a                                        |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 338452036                                                                     |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                    |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                               |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                               | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | punkt szczepień Ośrodek Zdrowia w Bielanych                                   |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIELANY, 32-651, Łęcka 10                                                     |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 338486610                                                                     |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                    |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                               |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                               | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | punkt szczepień Ośrodek Zdrowia w Bulowicach                                  |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BULOWICE, 35-652, Bielska 63                                                  |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 338453599                                                                     |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                    |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                               |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                                               | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | punkt szczepień Ośrodek Zdrowia w Malcu                                       |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MALEC, 35-651, Świętojańska 65                                                |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 338455220                                                                     |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                    |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                               |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 5                    |                                                                               | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | punkt szczepień Ośrodek Zdrowia w Witkowicach                                 |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WITKOWICE, 32-650, Dworska 50                                                 |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 338485099                                                                     |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                    |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                               |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 6                    |                                                                               | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień Powszechnych Hala OSIR                                        |                    | 4                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĘTY, 32-650, os. Nad solą 29                                                 |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 887035240                                                                     |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 26.04.2021                                                                    |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                               |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72       |                                                                               | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Maria Maruszek-Wojtas                                                         |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAKLICZYN, 32-840, ul. Grabina 27A                                            |                    |                             |

|                                                    |                                                                                                                        |                                |                             |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| telefon/ telefon:                                  | 14 66 53 533                                                                                                           |                                |                             |
| identyfikator REGON                                | 851750245                                                                                                              |                                |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                        | <b>szczenie personelu</b><br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                             | Poradnia pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej                                                                  |                                | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZAKŁYCZYN, 32-840, Grabina 27A                                                                                         |                                |                             |
| telefon/ telefon                                   | 146653533                                                                                                              |                                |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                                             |                                |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                        |                                |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73</b> |                                                                                                                        | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b> |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY MIEJSKI ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI                                                        |                                |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BOCHNIA, 32-700, ul. Floris 16                                                                                         |                                |                             |
| telefon/ telefon:                                  | 14 611 7028                                                                                                            |                                |                             |
| identyfikator REGON                                | 851736920                                                                                                              |                                |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                        | <b>szczenie personelu</b><br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Miejski Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni                                                        |                                | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BOCHNIA, 32-700, Floris 16                                                                                             |                                |                             |
| telefon/ telefon                                   | 146153628                                                                                                              |                                |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                                             |                                |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                        |                                |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74</b> |                                                                                                                        | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b> |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZEGINII JANUSZ ZALEWSKI                                                      |                                |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PRZEGINIA, 32-049, 371                                                                                                 |                                |                             |
| telefon/ telefon:                                  | 12 38 98 017                                                                                                           |                                |                             |
| identyfikator REGON                                | 357031314                                                                                                              |                                |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                        | <b>szczenie personelu</b><br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gabinet Lekarza Rodzinnego Lek. Med. Janusz Zalewski w Przegini                  |                                | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PRZEGINIA, 32-049, 371                                                                                                 |                                |                             |
| telefon/ telefon                                   | 123898017                                                                                                              |                                |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                                             |                                |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                        |                                |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                                        | <b>szczenie personelu</b><br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Przegini Filia w Skale                                                         |                                | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SKALA, 32-043, Rynek 8                                                                                                 |                                |                             |
| telefon/ telefon                                   | 123892797                                                                                                              |                                |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                                             |                                |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                        |                                |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75</b> |                                                                                                                        | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b> |
| nazwa:                                             | ANNA TENEROWICZ                                                                                                        |                                |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZAGÓRZANY, 38-333, 235                                                                                                 |                                |                             |
| telefon/ telefon:                                  | 18 35 30 460                                                                                                           |                                |                             |
| identyfikator REGON                                | 491904570                                                                                                              |                                |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                        | <b>szczenie personelu</b><br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                             | Punkt szczepień NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OŚRODEK ZDROWIA" W ZAGÓRZANACH                                  |                                | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZAGÓRZANY, 38-333, 235                                                                                                 |                                |                             |
| telefon/ telefon                                   | 183512893                                                                                                              |                                |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                                             |                                |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                        |                                |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76</b> |                                                                                                                        | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b> |
| nazwa:                                             | OŚRODEK ZDROWIA W MOSZCZENICY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                  |                                |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MOSZCZENICA, 38-321, ul. Samorządowa 5                                                                                 |                                |                             |
| telefon/ telefon:                                  | 183541005                                                                                                              |                                |                             |
| identyfikator REGON                                | 491971163                                                                                                              |                                |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                        | <b>szczenie personelu</b><br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                             | Ośrodek Zdrowia w Moszczenicy                                                                                          |                                | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MOSZCZENICA, 38-321, Samorządowa 5                                                                                     |                                |                             |
| telefon/ telefon                                   | 501297080                                                                                                              |                                |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                                             |                                |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                        |                                |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                                        | <b>szczenie personelu</b><br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                             | Poradnia lekarza POZ OŚRODEK ZDROWIA W MOSZCZENICY                                                                     |                                | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | STASZKÓWKA, 38-321, Strażacka 5                                                                                        |                                |                             |
| telefon/ telefon                                   | 501297080                                                                                                              |                                |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                                             |                                |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                        |                                |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77</b> |                                                                                                                        | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b> |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LIPNICY MUROWANEJ                                              |                                |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LIPNICA MUROWANA, 32-724, 49                                                                                           |                                |                             |
| telefon/ telefon:                                  | 14 68 52 628                                                                                                           |                                |                             |
| identyfikator REGON                                | 851665835                                                                                                              |                                |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                        | <b>szczenie personelu</b><br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                             | punkt szczepień Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej                                                  |                                | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LIPNICA MUROWANA, 32-724, 49                                                                                           |                                |                             |
| telefon/ telefon                                   | 146852628                                                                                                              |                                |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                                             |                                |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                        |                                |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78</b> |                                                                                                                        | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b> |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W MUSZYNIE                                                  |                                |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MUSZYNA, 33-370, ul. Żefirka 6                                                                                         |                                |                             |
| telefon/ telefon:                                  | 18 47 14 037                                                                                                           |                                |                             |
| identyfikator REGON                                | 491974204                                                                                                              |                                |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                        | <b>szczenie personelu</b><br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W MUSZYNIE                                                  |                                | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MUSZYNA, 33-370, Żefirka 6                                                                                             |                                |                             |
| telefon/ telefon                                   | 184714037                                                                                                              |                                |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                                             |                                |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                        |                                |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79</b> |                                                                                                                        | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b> |
| nazwa:                                             | ZDROWIE RODZINY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PODEGRÓDZIE, 33-386, 255                                                                                               |                                |                             |
| telefon/ telefon:                                  | 18 44 58 578                                                                                                           |                                |                             |
| identyfikator REGON                                | 491972582                                                                                                              |                                |                             |

|                                                   |                                                                                                                              |                         |                             |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                              | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet internistyczny (poradnia lekarza poz) ZDROWIE RODZINY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZEŻNA, 33-386, 311                                                                                                         |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 184458578                                                                                                                    |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                              |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80       |                                                                                                                              | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Natalia Szopińska                                                                                                            |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JAZOWSKO, 33-389, 120                                                                                                        |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 18 44 47 008                                                                                                                 |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 491973676                                                                                                                    |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                              | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt szczepień Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jazowsku                                                             |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JAZOWSKO, 33-389, 120                                                                                                        |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 184447273                                                                                                                    |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                              |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81       |                                                                                                                              | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Małgorzata Wojewoda                                                                                                          |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TYLICZ, 33-383, ul. Boczna 6                                                                                                 |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 18 471 1325                                                                                                                  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 491897521                                                                                                                    |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                              | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tyliczu                                                                              |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TYLICZ, 33-383, Boczna 6                                                                                                     |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 184711325                                                                                                                    |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                              |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82       |                                                                                                                              | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | ALFA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA                                                              |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, ul. Władysława Reymonta 21                                                                            |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 18 47 12 971                                                                                                                 |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 120540456                                                                                                                    |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                              | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ALFA w Krynicy Zdroju                                                         |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, Reymonta 21 21                                                                                        |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 184712971                                                                                                                    |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                              |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                                              | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia Lekarza podstawowej opieki zdrowotnej Kłęczany                                                                      |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KŁĘCZANY, 33-394, 182                                                                                                        |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 184433615                                                                                                                    |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                              |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83       |                                                                                                                              | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | OŚRODEK PEDIATRYCZNO - INTERNISTYCZNY MYŚLENICE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                      |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MYŚLENICE, 32-400, ul. Juliusza Słowackiego 88                                                                               |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 12 27 20 411                                                                                                                 |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 357042080                                                                                                                    |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                              | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia (Gabinet) Lekarza POZ                                                                                               |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MYŚLENICE, 32-400, Juliusza Słowackiego 88                                                                                   |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 122720411                                                                                                                    |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                              |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84       |                                                                                                                              | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RYTARZE "TELMEO" S.C.                                                                |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RYTRO, 33-343, 541                                                                                                           |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 18 44 69 002                                                                                                                 |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 491974256                                                                                                                    |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                              | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia Lekarza POZ                                                                                                         |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RYTRO , 33-343, 541                                                                                                          |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 184469002                                                                                                                    |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 07.06.2021                                                                                                                   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85       |                                                                                                                              | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE" S.C. DOROTA STACHURA-BIEDROŃ,MARIA KOLCZYŃSKA-CZEPIEC                        |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RUDAWA, 32-064, ul. Antoniny Domańskiej 24                                                                                   |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 12 28 38 091                                                                                                                 |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 357060557                                                                                                                    |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                              | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia lekarza rodzinnego                                                                                                  |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RUDAWA, 32-064, Antoniny Domańskiej 24                                                                                       |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 602117072                                                                                                                    |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                              |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 86       |                                                                                                                              | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | MEDIC-KOLOR Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                                          |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-941, os. Kolorowe 21                                                                                              |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 12 64 44 311                                                                                                                 |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 357033431                                                                                                                    |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                              | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | punkt szczepień MEDIC-KOLOR                                                                                                  |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-941, os. Kolorowe 21                                                                                              |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 126444311                                                                                                                    |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                              |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87       |                                                                                                                              | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Dorota Bogucka-Świeboda                                                                                                      |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁĄCKO, 33-390, 140                                                                                                           |                         |                             |



|                                                    |                                                                                                                   |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefon:                                  | 18 44 46 304                                                                                                      |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 491937500                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet lekarza POZ Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>Praktyka Lekarza Rodzinnego                          |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁĄCKO, 33-390, 140                                                                                                |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 7820095660                                                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88</b> |                                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Krystyna Piwowar-Klag                                                                                             |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁĄCKO, 33-390, 662                                                                                                |                                |                                    |
| telefon/ telefon:                                  | 18 4446024                                                                                                        |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 490605172                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | punkt szczepień Gabinet pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnej<br>Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "KLAG-MED" |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁĄCKO, 33-390, 662                                                                                                |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 184446024                                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89</b> |                                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | KRZYSZTOF PTAK PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO                                                                        |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GDÓW, 32-420, 402                                                                                                 |                                |                                    |
| telefon/ telefon:                                  | 12 25 14 488                                                                                                      |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 350326325                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Praktyka Lekarza Rodzinnego                                                                                       |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GDÓW, 32-420, 402                                                                                                 |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 122514488                                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90</b> |                                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ S.C. NIEPUBLICZNY<br>ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ                                         |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁAPANÓW, 32-740, 186                                                                                              |                                |                                    |
| telefon/ telefon:                                  | 14 61 34 401                                                                                                      |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 357057710                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia lekarza rodzinnego                                                                                       |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁAPANÓW, 32-740, 186                                                                                              |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 14 61 34 401                                                                                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91</b> |                                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MĘDRZECZOWIE                                                                    |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MĘDRZECZÓW, 33-221, 325                                                                                           |                                |                                    |
| telefon/ telefon:                                  | 14 64 37 114                                                                                                      |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 851748774                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Punkt szczepień                                                                                                   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MĘDRZECZÓW, 33-221, 325                                                                                           |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 14 64 37 114                                                                                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92</b> |                                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | CENTRUM DOKTOR JAWOREK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                 |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BĘBLÓ, 32-089, ul. Kwiatowa 5                                                                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefon:                                  | 12 41 93 610                                                                                                      |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 362894110                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Centrum Doktor Jaworek                                                                                            |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BĘBLÓ, 32-089, Kwiatowa 5                                                                                         |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 124193610                                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93</b> |                                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | ANNA JEŁONKIEWICZ, MARIA MAGDALENA KUŁAGA-<br>WIECZOREK "ZDROWIE" SPÓŁKA JAWNA                                    |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PROSZOWICE, 32-100, ul. 3 Maja 70                                                                                 |                                |                                    |
| telefon/ telefon:                                  | 12 38 61 671                                                                                                      |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 357072520                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet lekarza rodzinnego - Punkt szczepień                                                                      |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PROSZOWICE, 32-100, 3 Maja 70                                                                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 123861671                                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 94</b> |                                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | KRZYSZTOF KUKLA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ "GABINET LEKARZA RODZINNEGO"                             |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KAMIEN, 32-071, ul. Piaski 15                                                                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefon:                                  | 12 28 03 023                                                                                                      |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 351518340                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia Ogólna                                                                                                   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KAMIEN, 32-071, Piaski 15                                                                                         |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                   | 606941471                                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95</b> |                                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KŁAJU<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                          |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KŁAJ, 32-015, 820                                                                                                 |                                |                                    |
| telefon/ telefon:                                  | 12 28 41 277                                                                                                      |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 357036406                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia lekarza POZ - Punkt Szczepień                                                                            |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KŁAJ, 32-015, 820                                                                                                 |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                         |                              |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony                                   | 12 28 41 033                                                                            |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                              |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96</b>  |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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>               |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Szpital Św. Anny w Miechowie                                                            |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Miechów, 32-200, ul. Szpitalna 3                                                        | <b>W</b>                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | tel. +48 511910667                                                                      |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                              |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Szpital Św. Anny                                                                        |                              | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIECHÓW, 32-200, Szpitalna 3                                                            |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 413820333                                                                               |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                              |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Kontener                                                 |                              | <b>8</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Miechów, 32-200, ul. Szpitalna 3                                                        |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 532394541, 538515150, 413820140                                                         |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 21.04.2021                                                                              |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97</b>  |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOZŁOWIE                                           |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOZŁÓW, 32-241, 63                                                                      |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 41 38 41 234                                                                            |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 290416388                                                                               |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | POZ W KOZŁOWIE                                                                          |                              | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOZŁÓW, 32-241, 63                                                                      |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 413841324                                                                               |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                              |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98</b>  |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SŁABOSZOWIE Z SIEDZIBĄ W DZIADUSZYCACH |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DZIADUSZYCE, 32-218, 25                                                                 |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 41 38 47 010                                                                            |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 290419470                                                                               |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Ośrodek Zdrowia w Dziaduszykach                                                         |                              | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DZIADUSZYCE, 32-218, 25                                                                 |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 413847010                                                                               |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                              |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99</b>  |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W CHARŚNICY                                          |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIECHÓW-CHARŚNICA, 32-250, ul. Miechowska 52                                            |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 41 38 36 008                                                                            |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357004984                                                                               |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Charsznicy                                         |                              | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIECHÓW-CHARŚNICA, 32-250, Miechowska 52                                                |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 413836008                                                                               |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                              |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Charsznicy filia Tczyca                            |                              | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tczyca, 32-250, Tczyca 168                                                              |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 413837215                                                                               |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                              |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100</b> |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Książu Wielkim                                     |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KSIAŻ WIELKI, 32-210, ul. Warszawska 17A                                                |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 41 38 38 017                                                                            |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 290758255                                                                               |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Książu Wielkim                                     |                              | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KSIAŻ WIELKI, 32-210, Warszawska 17A                                                    |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 4413838017                                                                              |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                              |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101</b> |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | JARMIX SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                          |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIECHÓW, 32-200, ul. Józefa Piłsudskiego 12                                             |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 41 38 33 322                                                                            |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 290655058                                                                               |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ Centrum Medyczne TOP-MED                                                           |                              | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIECHÓW, 32-200, ul. Józefa Piłsudskiego 12                                             |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 41 38 33 322                                                                            |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                              |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punk szczepień w ośrodku zdrowia                                                        |                              | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RACŁAWICE, 32-222, 155                                                                  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 41 38 33 322                                                                            |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                              |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102</b> |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SZCZUCINIE                                            |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SZCZUCIN, 33-230, ul. Piłsudskiego 15                                                   |                              |                                    |

|                                                   |                                                                                          |                    |                             |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------|
| telefon/ telefon:                                 | 14 64 36 195                                                                             |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 851745267                                                                                |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                          | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej                                                   |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZUĆIN, 33-230, Piłsudskiego 15                                                        |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 146436195                                                                                |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                               |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                          |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                          | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Ośrodek Zdrowia w Słupcu                                                                 |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SŁUPIEC/33-230/Słupiec 320                                                               |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 146431280                                                                                |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 16.04.2021                                                                               |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                          |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                                          | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Ośrodek Zdrowia w Brzeźowie                                                              |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZEŹÓWKA/32-230/Brzeźówka 155                                                           |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 146431833                                                                                |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 16.04.2021                                                                               |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                          |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                                                          | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień Powszechnych w Szczucinie                                                |                    | 4                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZUĆIN, 33-230, ul. Kościuski 32                                                       |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 146436195                                                                                |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 29.04.2021                                                                               |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                          |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103      |                                                                                          | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOLESŁAWIU                                             |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLESŁAW, 33-220, 168                                                                    |                    |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 14 64 15 014                                                                             |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 851745630                                                                                |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                          | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOLESŁAWIU                                             |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLESŁAW, 33-220, 168                                                                    |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 146415014                                                                                |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                               |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                          |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 104      |                                                                                          | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | ANTIDOTUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                        |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Władysława Broniewskiego 3a                                       |                    |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 184415585                                                                                |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 491975072                                                                                |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                          | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt szczepień ANTIDOTUM Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                        |                    | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY SĄCZ, 33-300, Broniewskiego 3a                                                      |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 1852117014                                                                               |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                               |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                          |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105      |                                                                                          | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | LEKARZ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                           |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CZERNICHOŹ, 32-070, ul. Wiłłana 2                                                        |                    |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 12 27 02 999                                                                             |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 357068632                                                                                |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                          | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień                                                                          |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CZERNICHOŹ, 32-070, Wiłłana 2                                                            |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 696033997                                                                                |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                               |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                          |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 106      |                                                                                          | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZATORZE                                           |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZATOR, 32-640, ul. Leszka Palimłłki 2                                                    |                    |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 33 84 12 150                                                                             |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 357082613                                                                                |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                          | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt szczepień                                                                          |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZATOR, 32-640, Leszka Palimłłki 2                                                        |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 338412150                                                                                |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                               |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                          |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107      |                                                                                          | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Bartłłmiej Cabała SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA ARCUS                             |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRYNICĄ-ZDRÓJ, 33-380, ul. Józefa Ignacego Kraszewskiego 118                             |                    |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 184715652                                                                                |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 430647438                                                                                |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                          | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA ARCUS                                               |                    | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRYNICĄ-ZDRÓJ, 33-380, J. I. Kraszewskiego 118                                           |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 184715652                                                                                |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                               |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                          |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 108      |                                                                                          | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "REMEDIUM" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Józefa Poniatłłowskiego 2                                         |                    |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 18 44 36 690                                                                             |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 491975066                                                                                |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                          | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia lekarza POZ NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ"REMEDIUM"                     |                    | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY SĄCZ, 33-300, Józefa Poniatłłowskiego 2                                             |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 185476750                                                                                |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                               |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 28.05.2021                                                                               |                    |                             |

|                                                   |                                                                          |                      |                             |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                          | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień Powszechnych - Przeciw COVID 19                          |                      | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Rokitniańczyków 26                                |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 798816134                                                                |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.04.2021                                                               |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 28.05.2021                                                               |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 109      |                                                                          | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | "PRAXIS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                         |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. św. Heleny 30 B                                   |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 18 443 09 10                                                             |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 491980601                                                                |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                          | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | punkt szczepień Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PRAXIS" sp.z o.o. |                      | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY SĄCZ, 33-300, Św. Heleny 30B                                        |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | +48184430910                                                             |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                               |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                          |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 110      |                                                                          | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Małgorzata Janik                                                         |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MSZANA DOLNA, 34-730, ul. Józefa Marka 22                                |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 601 497 758                                                              |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 490711537                                                                |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                          | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet Lekarza Rodzinnego NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego M.Janik      |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RACIECHOWICE, 32-415, 140                                                |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 122715015                                                                |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                               |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                          |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 111      |                                                                          | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRĘBOSZOWIE                            |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRĘBOSZÓW, 33-260, 142                                                   |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 14 64 16 006                                                             |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 851750883                                                                |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                          | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRĘBOSZOWIE                            |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRĘBOSZÓW, 33-260, 142                                                   |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 146416006                                                                |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                               |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                          |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112      |                                                                          | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LEKARZ                             |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KASINA WIELKA, 34-741, 546                                               |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 18 33 14 023                                                             |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 491979288                                                                |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                          | szczenie personelu   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet lekarza POZ                                                      |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKRZYDLNA, 34-625, 152                                                   |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 183331013                                                                |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                               |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                          |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                          | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet lekarza POZ                                                      |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KASINA WIELKA, 34-741, 546                                               |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 183314023                                                                |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                               |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                          |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113      |                                                                          | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Maria Wójcik - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Korzennej         |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KORZENNA, 33-322, 338                                                    |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 18 4417002                                                               |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 491979986                                                                |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                          | szczenie personelu   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | punkt szczepień Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Korzennej        |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KORZENNA, 33-322, 338                                                    |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 184417002                                                                |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                               |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                          |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114      |                                                                          | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA                                                   |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Armii Krajowej 18, 30-150 Kraków                                     |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | +48 12 629 89 00, +48 12 629 88 00                                       |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 351618159                                                                |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                          | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Szpital Św. Rafała                                                       | W                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Bochenka 12, 30-693 Kraków                                           |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | tel. +48 785 056 438                                                     |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                               |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                          |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                          | szczenie personelu   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ AKS                                  |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-150, Armii Krajowej 5                                         |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 126298800                                                                |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                               |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                          |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                          | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt pobrań - Scanmed                                                   |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-536, Podgórska 36                                             |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 126298800                                                                |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                               |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                          |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                                          | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ AGH                                  |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-050, Akademicka 5                                             |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 126298800                                                                |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                               |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                          |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 5                    |                                                                          | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt szczepień dla dorosłych                                            |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY SĄCZ, 33-300, Żygmuntowska 15                                       |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 126298800                                                                |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                               |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                          |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 6                    |                                                                          | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

|                                                   |                                                                                                                            |                    |                             |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ AWF                                                                                    |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-571, al. Jana Pawła II 84                                                                                       |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 126298800                                                                                                                  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                 |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                            |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 7                    |                                                                                                                            | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ UE                                                                                     |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-551, Rakowicka 16                                                                                               |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 126298800                                                                                                                  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                 |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                            |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 8                    |                                                                                                                            | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ UP                                                                                     |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-048, Podchorążych 2                                                                                             |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 126298800                                                                                                                  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                 |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                            |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 9                    |                                                                                                                            | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ PK                                                                                     |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-155, Warszawska 24                                                                                              |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 126298800                                                                                                                  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                 |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                            |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 10                   |                                                                                                                            | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ UJ                                                                                     |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-387, Gronostajowa 7                                                                                             |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 126298800                                                                                                                  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                 |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                            |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 11                   |                                                                                                                            | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ KA                                                                                     |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-705, Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1                                                                           |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 126298800                                                                                                                  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                 |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                            |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 12                   |                                                                                                                            | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ B10                                                                                    |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-693, Adama Bochenka 10                                                                                          |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 126298800                                                                                                                  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                 |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                            |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 13                   |                                                                                                                            | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Szpital św. Rafała                                                                                                         |                    | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-693, Adama Bochenka 12                                                                                          |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 785051886                                                                                                                  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 30.04.2021                                                                                                                 |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                            |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 115      |                                                                                                                            | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | RENATA KOPACZ-MODRZEJEWSKA                                                                                                 |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POREBA WIELKA, 34-735, 278                                                                                                 |                    |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 18 3317013                                                                                                                 |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 491981486                                                                                                                  |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                            | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego w Porębie Wielkiej                                       |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POREBA WIELKA, 34-735, 278                                                                                                 |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 183317013                                                                                                                  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                 |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                            |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 116      |                                                                                                                            | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ-PORADNIA LEKARSKA OGÓLNA- ROJEK,MARCZUK,JEDYNAK,MARCHEWKA,CINA SPÓŁKA JAWNA          |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LI MANOWA, 34-600, ul. Matki Boskiej Bolesnej 10                                                                           |                    |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 18 3372232                                                                                                                 |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 491981730                                                                                                                  |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                            | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | punkt szczepień Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                                                                            |                    | 3                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LI MANOWA, 34-600, M.B.Bolesnej 10                                                                                         |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 183372232                                                                                                                  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                 |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                            |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 117      |                                                                                                                            | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Elżbieta Makulec-Ryś                                                                                                       |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE RYBIE, 34-652, 157                                                                                                    |                    |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 18 33 22 111                                                                                                               |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 491896852                                                                                                                  |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                            | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet poliożnej środowiskowo-rodzinnej Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Praktyka Lekarza Rodzinnego" w Nowym Rybie |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE RYBIE, 34-652, 157                                                                                                    |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 123322111                                                                                                                  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                 |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                            |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 118      |                                                                                                                            | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DOBREJ                                                        |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBRA, 34-642, 545                                                                                                         |                    |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 18 33 30 011                                                                                                               |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 491981440                                                                                                                  |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                            | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Dobrej - Punkt Szczepień                                      |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBRA, 34-642, 545                                                                                                         |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 183330011                                                                                                                  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                 |                    |                             |

|                                                     |                                                                                                                      |                           |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119</b> |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MSZANIE DOLNEJ                                                      |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MSZANA DOLNA, 34-730, UL. JANA MATEJKI 13                                                                            |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 18 33 10 028                                                                                                         |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 491980860                                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | punkt szczepień Poradnia lekarska POZ                                                                                |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MSZANA DOLNA, 34-730, Matejki 13                                                                                     |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 183310028                                                                                                            |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                           |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 120</b> |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDGMIN JURAJSKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                       |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JERZMANOWICE, 32-048, ul. Rajską 22                                                                                  |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 12 38 95 009                                                                                                         |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 351612837                                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet Lekarza POZ                                                                                                  |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JERZMANOWICE, 32-048, Rajską 22                                                                                      |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 123895009                                                                                                            |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                           |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet Lekarza POZ                                                                                                  |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RACŁAWICE, 32-049, Racławice 54A                                                                                     |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 122829381                                                                                                            |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                           |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 121</b> |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "VENA-ANDRYCHÓW" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                       |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ANDRYCHÓW, 34-120, ul. Starowiejska 17A                                                                              |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 33 87 05 632                                                                                                         |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357062830                                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień                                                                                                      |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ANDRYCHÓW, 34-120, Starowiejska 17a                                                                                  |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 338705632                                                                                                            |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                           |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122</b> |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ DOB-MED PIOTR STOPNICKI I PARTNERZY                                |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DOBCZYCE, 32-410, Rynek 16                                                                                           |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 12 27 13 661                                                                                                         |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357071911                                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                                      |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DOBCZYCE, 32-410, Rynek 16                                                                                           |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 122713661                                                                                                            |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                           |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 123</b> |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Katarzyna Polka                                                                                                      |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STARY SĄCZ, 33-340, ul. Królowej Jadwigi 20                                                                          |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 18 44 61 172                                                                                                         |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 490818471                                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet lekarza POZ                                                                                                  |                           | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STARY SĄCZ, 33-340, Królowej Jadwigi 20                                                                              |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 18 44 61 172                                                                                                         |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                           |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 124</b> |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "WIDOK-BRONOWICE 1" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-147, ul. Na Błonie 1                                                                                      |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 12 63 84 099; 12 63 82 377                                                                                           |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357047628                                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień                                                                                                      |                           | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-147, Na Błonie 1                                                                                          |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 728821631                                                                                                            |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                           |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 125</b> |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Praktyka Lekarska AZORY Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                      |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-308, ul. Wacława Nałkowskiego 1                                                                           |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 12 63 84 455                                                                                                         |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357065402                                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień                                                                                                      |                           | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-308, NAŁKOWSKIEGO 1                                                                                       |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 601442110                                                                                                            |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                           |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 126</b> |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Maria Bednarz                                                                                                        |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIEDŁCE, 33-322, 228                                                                                                 |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 18 44 17 504                                                                                                         |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 491982534                                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Maria Bednarz                                                                                        |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIEDŁCE, 33-322, 228                                                                                                 |                           |                                    |

|                                                     |                                                                                              |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefon                                    | 184417504                                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 127</b> |                                                                                              | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | "NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZDROWIE"                                              |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ<br>KLUCZE, 32-310, ul. Zawierciańska 14              |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 32 64 28 413                                                                                 |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357072980                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                              | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                         |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KLUCZE, 32-310, Zawierciańska 14                                                             |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 326428413                                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 128</b> |                                                                                              | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | "PULS ADAMI I BEATA RAUK SPÓŁKA JAWNA"                                                       |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ANDRYCHÓW, 34-120, ul. Krakowska 140A                                                        |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 33 8757601                                                                                   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 851730975                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                              | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Praktyka Lekarza Rodzinnego w Andrychowie                                                    |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ANDRYCHÓW, 34-120, Krakowska 140a                                                            |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 338757601                                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                              | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | punkt szczepień Praktyka Lekarza Rodzinnego w Roczynach                                      |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ROCZYNY, 34-120, Bielska 87                                                                  |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 338702749                                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 129</b> |                                                                                              | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PABIMED" S.C.<br>PRZEMYSŁAW BIEDROŃ, GRZEGORZ BIEDROŃ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-218, ul. Królowej Jadwigi 203                                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 126254444                                                                                    |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357073330                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                              | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet lekarza rodzinnego                                                                   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-218, Królowej Jadwigi 203                                                         |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 126254444                                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 130</b> |                                                                                              | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | PORADNIA PEDIATRYCZNO-INTERNISTYCZNA SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ              |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MYŚLENICE, 32-400, ul. Szpitalna 2A                                                          |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 12 27 30 259                                                                                 |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357066525                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                              | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia Pediatryczno-Internistyczna                                                         |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MYŚLENICE, 32-400, Szpitalna 2A                                                              |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 122730259                                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 131</b> |                                                                                              | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | GRÓDMIED BULŻAK, CISZKOWSKA, SPÓŁKA PARTNERSKA                                               |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRÓDEK NAD DUNAICEM, 33-318, 170                                                             |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 18 44 01 444                                                                                 |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 491984220                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                              | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet lekarza rodzinnego                                                                   |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRÓDEK NAD DUNAICEM, 33-318, 170                                                             |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 184401444                                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 07.06.2021                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 132</b> |                                                                                              | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | BOGUSŁAWA WARCHOŁ                                                                            |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁUŻNA, 38-322, 609                                                                           |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 18 354 30 44                                                                                 |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 491983746                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                              | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej "SALUS"                                                    |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁUŻNA, 38-322, 609                                                                           |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 18 354 30 44                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 133</b> |                                                                                              | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W<br>GMINIE JABLONKA                          |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JABLONKA, 34-480, ul. 3 Maja 7.                                                              |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 18 26 42 021                                                                                 |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 491984958                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                              | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | ORAWSKIE CENTRUM ZDROWIA W JABLONCE                                                          |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JABLONKA, 34-480, 3 MAJA 7                                                                   |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 182642022                                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 134</b> |                                                                                              | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Małgorzata Nowak Praktyka Lekarza Rodzinnego                                                 |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PALEŚNICA, 32-842, 109                                                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 14 66 54 106                                                                                 |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 851750080                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                              | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia (gabinet) podstawowej opieki zdrowotnej                                             |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PALEŚNICA, 32-842, 109                                                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 146654106                                                                                    |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                                   |                           |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                        |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 21.04.2021                                                                                        |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 135</b> |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OSIEDLE UROCZE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ    |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-952, Os. Osiedle Uroczę 2                                                              |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 12 64 42 755                                                                                      |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357053600                                                                                         |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej OSIEDLE UROCZE                                              |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-952, OS. UROCZE 2                                                                      |                           | <b>2</b>                           |
| telefon/ telefon                                    | 12 64 42 755                                                                                      |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                        |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 136</b> |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Przychodnia Lekarska Diamed Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                               |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-695, ul. Alberta Schweitzera 7                                                         |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 12 37 11 900                                                                                      |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357066956                                                                                         |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Przychodnia Lekarska Diamed Sp. z o.o. - Punkt Szczepień                                          |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-695, A. Schweitzera 7                                                                  |                           | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon                                    | 503088166                                                                                         |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                        |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Przychodnia Lekarska Diamed Sp. z o.o. - Punkt Szczepień                                          |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIELICZKA, 32-020, Trąbki 430                                                                     |                           | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon                                    | 503088166                                                                                         |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                        |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 137</b> |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KROŚCIENKU NAD DUNAJCEM                          |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KROŚCIENKO NAD DUNAJCEM, 34-450, ul. Esperanto 2                                                  |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 18 26 23 046                                                                                      |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 491984929                                                                                         |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej                                                    |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KROŚCIENKO NAD DUNAJCEM, 34-450, Esperanto 2                                                      |                           | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon                                    | 182623046                                                                                         |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                        |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 138</b> |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Polance Wielkiej                                             |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | POLANKA WIELKA, 32-607, ul. Długa 3                                                               |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 33 84 89 823                                                                                      |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357091167                                                                                         |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień                                                                                   |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | POLANKA WIELKA, 32-607, DŁUGA 3                                                                   |                           | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon                                    | 338488823                                                                                         |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                        |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 139</b> |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | "WOJNICKIE CENTRUM MEDYCZNE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                              |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WOJNICZ, 32-830, ul. Rolnicza 3                                                                   |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 14 67 90 308                                                                                      |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 851732773                                                                                         |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Wojnickie Centrum Medyczne Sp. z o.o. NZOZ                                                        |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WOJNICZ, 32-830, Rolnicza 3                                                                       |                           | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefon                                    | 146790308                                                                                         |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                        |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 140</b> |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNĄ RODZINNA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-352, ul. Włodzimierza Tetmajera 2                                                      |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 12 63 84 956                                                                                      |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 364523434                                                                                         |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet ogólny lekarza rodzinnego                                                                 |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-352, Włodzimierza Tetmajera 2                                                          |                           | <b>2</b>                           |
| telefon/ telefon                                    | 126384956                                                                                         |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                        |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNĄ RODZINNA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-352, Tetmajera 2                                                                       |                           | <b>2</b>                           |
| telefon/ telefon                                    | 126384956                                                                                         |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                        |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 141</b> |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Przeciszowie                                     |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRZECISZÓW, 32-641, ul. Długa 4                                                                   |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 33 84 13 278                                                                                      |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357087444                                                                                         |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA PRZECISZÓW                                                                            |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRZECISZÓW, 32-641, DŁUGA 4                                                                       |                           | <b>2</b>                           |
| telefon/ telefon                                    | 338413278                                                                                         |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                        |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |                           |                                    |



|                                                     |                                                                                                                                    |                             |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 142</b> |                                                                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W BIAŁYM DUNAJCU                                                                                |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BIAŁY DUNAIEC, 34-425, ul. Jana Pawła II 201                                                                                       |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 18 20 73 591                                                                                                                       |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 491984964                                                                                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W BIAŁYM DUNAJCU                                                                                |                             | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BIAŁY DUNAIEC, 34-425, JANA PAWŁA II 201                                                                                           |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 18 20-735 91                                                                                                                       |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 143</b> |                                                                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | ZESPÓŁ PRZYCHODNI I OŚRODKÓW ZDROWIA-KRZESZOWICKE CENTRUM ZDROWIA                                                                  |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRZESZOWICE, 32-065, ul. Legionów Polskich 30                                                                                      |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 12 28 20 401                                                                                                                       |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357101150                                                                                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                                                               |                             | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRZESZOWICE, 32-065, Legionów Polskich 30                                                                                          |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 122820287                                                                                                                          |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - KRZESZOWICE                                                                                         |                             | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRZESZOWICE, 32-065, ul. Szkolna 7                                                                                                 |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 600585933                                                                                                                          |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 28.04.2021                                                                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 144</b> |                                                                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "BAŁTYCKA" S.C.                                                                              |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | D.LUDWIN, M.SEMPER                                                                                                                 |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | KRAKÓW, 31-214, ul. Bałtycka 3                                                                                                     |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 124153100                                                                                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                                                    |                             | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-214, Bałtycka 3                                                                                                         |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 124153100                                                                                                                          |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 145</b> |                                                                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ                                                                                     |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIEJSKI OŚRODEK ZDROWIA W LEŚNICY-GRONIU                                                                                           |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | LEŚNICA, 34-406, ul. Szkolna 3                                                                                                     |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 182656144                                                                                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej WOZ w Leśnicy-Groniu                                                                |                             | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Punkt Szczepień                                                                                                                    |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | LEŚNICA, 34-406, Szkolna 3                                                                                                         |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 18 26 561 44/ 18 26 348 38                                                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 09.03.2021                                                                                                                         |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 146</b> |                                                                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKALE                                                                             |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SKAŁA, 32-043, ul. Słomnicka 69                                                                                                    |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 12 38 91 005                                                                                                                       |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357046706                                                                                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Przzychodnia Rejonowa w Skale                                                                                      |                             | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SKAŁA, 32-043, ul.Słomnicka 69                                                                                                     |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 123890000                                                                                                                          |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Ośrodek Zdrowia w Cjanowicach                                                                                      |                             | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CJANOWICE, 32-043, ul. Krakowska 250                                                                                               |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 660 724 045                                                                                                                        |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 147</b> |                                                                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PROFILAKTYKA I TERAPIA - LEKARSKA PRAKTYKA GRUPOWA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-053, ul. Kronikarza Galla 24                                                                                            |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 12 63 72 568, 12 63 72 971                                                                                                         |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357077859                                                                                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień                                                                                                                    |                             | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-053, KRONIKARZA GALLA 24                                                                                                |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 126372971                                                                                                                          |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 148</b> |                                                                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | SPÓŁKA LEKARSKA NA KOZŁÓWCE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-664, ul. Na Kozłowiec 29                                                                                                |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 12 65 81 611                                                                                                                       |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357077658                                                                                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień                                                                                                                    |                             | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-664, Na Kozłowiec 29                                                                                                    |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 126581611                                                                                                                          |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                   |                                                                       |                         |                             |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień                                                       |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-552, Wielicka 76 b                                         |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 12 65 81 611                                                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                            |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                       |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 149      |                                                                       | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | LUB-MED OLGA CZARNECKA-MIRGOS, TOMASZ MIRGOS S.C.                     |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIEŃ, 32-433, 475                                                   |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 18 26 82 012                                                          |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 357095142                                                             |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                       | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia lekarza POZ                                                  |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIEŃ, 32-433, 475                                                   |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 182682012                                                             |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                            |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                       |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 150      |                                                                       | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SUŁOSZOWEJ           |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUŁOSZOWA, 32-045, ul. Bankowa 6                                      |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 12 38 96 054                                                          |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 357101894                                                             |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                       | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PUKNT SZCZEPIEŃ                                                       |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUŁOSZOWA, 32-045, BANKOWA 6                                          |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 123896054                                                             |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                            |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                       |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 151      |                                                                       | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W NOWYM WIŚNICY |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY WIŚNICA, 32-720, ul. Podzamcze 4                                 |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 14 61 28 792, 14 61 28 755                                            |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 851763101                                                             |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                       | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Przychodnia Rejonowa w Nowym Wiśnicy                                  |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY WIŚNICA, 32-720, Podzamcze 4                                     |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 146128792                                                             |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                            |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                       |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                       | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Ośrodek Zdrowia w Królówce                                            |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRÓLÓWKA, 32-722, Królówka 356                                        |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 146129477                                                             |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 26.03.2021                                                            |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                       |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 152      |                                                                       | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W USZKACH              |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | USZKI, 32-060, 427                                                    |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 12 28 06 009                                                          |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 357102310                                                             |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                       | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W USZKACH              |                         | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | USZKI, 32-060, 427                                                    |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 123067077                                                             |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                            |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                       |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 153      |                                                                       | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYK"                         |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SPOŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                               |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | SUCHA BĘSKIDZKA, 34-200, ul. Adama Mickiewicza 56                     |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 33 8741833                                                            |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                       | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień                                                       |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUCHA BĘSKIDZKA, 34-200, Mickiewicza 56                               |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 338741833                                                             |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                            |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                       |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 154      |                                                                       | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W TRZYCIAŹU            |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZYCIAŹ, 32-353, ul. Zdrowa 6                                        |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 12 38 94 023                                                          |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 357108301                                                             |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                       | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                       |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZYCIAŹ, 32-353, Zdrowa 6                                            |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 123894023                                                             |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                            |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                       |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 155      |                                                                       | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁOSOSINIE DOLNEJ     |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOSOSINA DOLNA, 33-314, 170                                           |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 18 444800                                                             |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 491992834                                                             |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                       | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁOSOSINIE DOLNEJ     |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOSOSINA DOLNA, 33-314, 170                                           |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 184448008                                                             |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                            |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                       |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 156      |                                                                       | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | KUMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                         |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-898, ul. ks. Józefa Popiełuszki 42                         |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 126585808                                                             |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 357082582                                                             |                         |                             |

|                                                   |                                                                                                           |                    |                             |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                           | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Stary Bietanów"                                                    |                    | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-898, Henryka Sucharskiego 62                                                                   |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 126585808                                                                                                 |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                           |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 157      |                                                                                                           | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA NA WZGÓRZACH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                          |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-721, os. Na Wzgórzach 1                                                                        |                    |                             |
| telefon/ telefony:                                | 12 68 14 727                                                                                              |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 357087421                                                                                                 |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                           | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt szczyptów-Przychodnia na Wzgórzach                                                                  |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-721, Na Wzgórzach 1                                                                            |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 12 68 14 727                                                                                              |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                           |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 158      |                                                                                                           | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | GMINNE CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH W LISIEJ GÓRZE                                                            |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LISIA GÓRA, 33-140, ul. Henryka Sucharskiego 3 A                                                          |                    |                             |
| telefon/ telefony:                                | 14 67 85 277; 14 67 84 999                                                                                |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 851777899                                                                                                 |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                           | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                      |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LISIA GÓRA, 33-140, SUCHARSKIEGO 3A                                                                       |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 146784999                                                                                                 |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                           |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                           | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                      |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STARE ŻUKOWICE, 33-151, 125                                                                               |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 146786608                                                                                                 |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                           |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 159      |                                                                                                           | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ                                        |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DĄBROWA TARNOWSKA, 33-200, ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 23                                           |                    |                             |
| telefon/ telefony:                                | 14 64 22 405                                                                                              |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 851777155                                                                                                 |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                           | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Miejska Przychodnia                                                                                       |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DĄBROWA TARNOWSKA, 33-200, Piłsudskiego 23                                                                |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 146422405                                                                                                 |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                           |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 160      |                                                                                                           | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Oświęcimiu                                                            |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŚWIECIM, 32-600, ul. Garbarska 1                                                                         |                    |                             |
| telefon/ telefony:                                | 33 8444295                                                                                                |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 357138472                                                                                                 |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                           | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Przychodnia Rejonowa Nr 1 - PUNKT SZCZEPIEŃ                                                               |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŚWIECIM, 32-600, Żwirki i Wigury 5                                                                       |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 694939150                                                                                                 |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                           |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                           | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Przychodnia Rejonowa Nr 2 - PUNKT SZCZEPIEŃ                                                               |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŚWIECIM, 32-600, Czecha 2                                                                                |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 694939150                                                                                                 |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                           |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                                                           | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Przychodnia Rejonowa Nr 3 - PUNKT SZCZEPIEŃ                                                               |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŚWIECIM, 32-600, Słowackiego 1                                                                           |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 694939150                                                                                                 |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                           |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                                                                           | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Przychodnia Rejonowa Nr 4 - PUNKT SZCZEPIEŃ                                                               |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŚWIECIM, 32-600, Garbarska 1                                                                             |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 694939150                                                                                                 |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                           |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 5                    |                                                                                                           | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt Szczyptów Powszechnych - Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Oświęcimiu                             |                    | 4                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŚWIECIM, 32-600, ul. Chemików 4                                                                          |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 797355518                                                                                                 |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 23.04.2021                                                                                                |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                           |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 161      |                                                                                                           | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZIEMIAŃSCY SPÓŁKA JAWNA                             |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RABKA-ZDRÓJ, 34-700, ul. Jana Pawła II 26                                                                 |                    |                             |
| telefon/ telefony:                                | 18 26 76 929                                                                                              |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 492813288                                                                                                 |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                           | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia medycyny rodzinnej NIEPUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZIEMIAŃSCY SPÓŁKA JAWNA |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RABKA-ZDRÓJ, 34-700, Podhalańska 21D                                                                      |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 182676915                                                                                                 |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                           |                    |                             |

|                                                     |                                                                                  |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 162</b> |                                                                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ERDA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                     |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-898, ul. Michała i Stanisława Jagierzów 27B                           |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 602608619                                                                        |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357139537                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ Przychodnia Zdrowia Biezańów                                                |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-898, Ks. Jerzego Popiełuszki 42A                                      |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 515839898                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 163</b> |                                                                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W OSIEKU                          |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSIEK, 32-608, ul. Starowiejska 175                                              |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 33 84 58 239                                                                     |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357155186                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ P. COVID-19 - Sala WDK                                           |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSIEK, 32-608, ul. Główna 125                                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 338458239                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Lekarski w Głębowicach                                                     |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GŁĘBOWICE, 32-608, Oświęcimska 8                                                 |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 338755421                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 164</b> |                                                                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA LESIAW SZOT           |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LIManOWA, 34-600, ul. Józefa Piłsudskiego 12                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 18 3372527                                                                       |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 490524611                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska - Gabinet lekarza POZ |                                | <b>3</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LIManOWA, 34-600, ul. Piłsudskiego 12                                            |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 183372527                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 165</b> |                                                                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKRZYSZOWIE                                    |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SKRZYSZÓW, 33-156, 645                                                           |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 14 67 45 008                                                                     |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 851800368                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SKRZYSZÓW, 33-156, 645                                                           |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 146745008                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień Ośrodek Zdrowia w Szynwałdzie                                    |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SZYNWALD, 33-158, Szynwałd 10a                                                   |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 146742004                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 166</b> |                                                                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PLEŚNEJ                  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PLEŚNA, 33-171, 284                                                              |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 14 67 98 110                                                                     |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 851798186                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                  |                                | <b>4</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PLEŚNA, 33-171, 284                                                              |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 146798110                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JANOWICE, 33-115, 183                                                            |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 146799001                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | UCHWIN, 33-172, 180A                                                             |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 146758051                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 167</b> |                                                                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W MIECHOWIE                                               |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIECHÓW, 32-200, ul. Szpitalna 3                                                 |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 41 38 20 297                                                                     |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357180882                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinety Lekarza Ogólnego                                                        |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIECHÓW, 32-200, Szpitalna 1F                                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 413890100                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet Lekarza Ogólnego                                                         |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIECHÓW, 32-200, Szpitalna 3                                                     |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                                                              |                           |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony                                   | 41 38 30 290                                                                                                                 |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                   |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                              |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 168</b> |                                                                                                                              | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | MIEJSKA PRZYZCHODNIA LEKARSKA NR I - NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ           |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, ul. Chemiczna 12                                                                                             |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 146330691                                                                                                                    |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 851793929                                                                                                                    |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                              | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Miejska Przzychodnia Lekarska Nr I NZOZ Sp. z o.o.                                                                           |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, Chemiczna 12                                                                                                 |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 146330691                                                                                                                    |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                   |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                              |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 169</b> |                                                                                                                              | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | "MIEJSKA PRZYZCHODNIA LEKARSKA NR III - NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ       |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, ul. Wąłowa 22                                                                                                |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 14 68 89 022                                                                                                                 |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 851793065                                                                                                                    |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                              | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                                                               |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, Wąłowa 22                                                                                                    |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 146889020                                                                                                                    |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                   |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                              |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 170</b> |                                                                                                                              | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | MIEJSKA PRZYZCHODNIA LEKARSKA NR IV NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W TARNOWIE |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, ul. Osiedle Niepodległości 3A                                                                                |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 14 68 88 184                                                                                                                 |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 851794099                                                                                                                    |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                              | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej                                                                                       |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, Osiedle Niepodległości 3A                                                                                    |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 146888185                                                                                                                    |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                   |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                              |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                              | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | MIEJSKA PRZYZCHODNIA LEKARSKA NR IV NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ            |                           | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, Osiedle Niepodległości 3A                                                                                    |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 146888185                                                                                                                    |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                                                                   |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                              |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 171</b> |                                                                                                                              | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MIEJSKA PRZYZCHODNIA LEKARSKA NR 5 SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ             |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, ul. Długa 18                                                                                                 |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 14 62 42 217                                                                                                                 |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 851792976                                                                                                                    |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                              | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                                                               |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, Długa 18                                                                                                     |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 14 62 42 217                                                                                                                 |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                   |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                              |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 172</b> |                                                                                                                              | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | ZESPÓŁ PRZYZCHODNI SPECJALISTYCZNYCH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                 |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1                                                                               |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 14 63 10 210                                                                                                                 |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 851800010                                                                                                                    |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                              | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                                                                                              |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, Mostowa 6                                                                                                    |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 146324231                                                                                                                    |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                   |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                              |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                              | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Zespół Przzychodni Specjalistycznych Sp. z o.o.                                                                              |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1                                                                               |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 146324257                                                                                                                    |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 16.04.2021                                                                                                                   |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                              |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                                              | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Hala Sportowo Widowskowska                                                                    |                           | <b>6</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, ul. Gumniska 28                                                                                              |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 146882576, 146882577                                                                                                         |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 21.04.2021                                                                                                                   |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                              |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 173</b> |                                                                                                                              | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ KRAKÓW- POLUDNIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                               |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-315, ul. Szwedzka 27                                                                                              |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 122654955                                                                                                                    |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357182303                                                                                                                    |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                              | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia Lekarza POZ                                                                                                         |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-515, Generała Tadeusza Kutrzeby 4                                                                                 |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 122654600                                                                                                                    |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                   |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                              |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 174</b> |                                                                                                                              | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |

|                                                   |                                                                                                   |                    |                             |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA LEKARZY RODZINNYCH JUREK I PARTNERZY                                                  |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY TARG, 34-400, al. Mikołaja Kopernika 7                                                       |                    |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 18 2646 601                                                                                       |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 492029880                                                                                         |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                   | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia lekarza rodzinnego                                                                       |                    | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY TARG, 34-400, al. Mikołaja Kopernika 7                                                       |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 182646160                                                                                         |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                        |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                   |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 175      |                                                                                                   | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SZKOLNE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ           |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-976, os. Osiedle Szkolne 9                                                             |                    |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 126442946                                                                                         |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 851777095                                                                                         |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                   | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet Pielęgniarki POZ                                                                          |                    | 5                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-976, Osiedle Szkolne 9                                                                 |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 126441642                                                                                         |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                        |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                   |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 176      |                                                                                                   | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | OLSA II MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                               |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-435, ul. Radomska 36                                                                   |                    |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 12 41 12 644                                                                                      |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 357161979                                                                                         |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                   | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                                                                   |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW-ŚRÓDMIEŚCIE, 31-435, Radomska 36                                                           |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 124112644                                                                                         |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                        |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                   |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 177      |                                                                                                   | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | JAGIELLOŃSKIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                            |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-832, Osiedle Jagiellońskie 1                                                           |                    |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 0126480876                                                                                        |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 357140316                                                                                         |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                   | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Jagiellońskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. - Punkt Szczepień |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-832, Osiedle Jagiellońskie 1                                                           |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 728427285                                                                                         |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                        |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                   |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 178      |                                                                                                   | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | NZOZ "PRAKTIMED" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                          |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-422, ul. Strzelców 15                                                                  |                    |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 12 41 14 124, 41 13 382                                                                           |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 357180340                                                                                         |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                   | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | punkt szczepień NZOZ "PRAKTIMED" Sp. z o.o.                                                       |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-422, Strzelców 15                                                                      |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 124114124                                                                                         |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                        |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                   |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 179      |                                                                                                   | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | CM UNIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                 |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-131, ul. Młodej Polski 7                                                               |                    |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 12 415 81 12                                                                                      |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 357197049                                                                                         |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                   | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia domowego leczenia tlenem                                                                 |                    | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-131, Młodej Polski 7                                                                   |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 12415812                                                                                          |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                        |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                   |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 180      |                                                                                                   | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | KLINIKA KRAKOWSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                         |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-322, ul. Józefa Mehoffera 6                                                            |                    |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 0126383818                                                                                        |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 351385436                                                                                         |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                   | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                                    |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW-KROWODRZA, 31-322, Józefa Mehoffera 6                                                      |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 126383818                                                                                         |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                        |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                   |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                   | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia lekarza POZ                                                                              |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-350, Zachodnia 5/12A                                                                   |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 122676260                                                                                         |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                        |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                   |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 181      |                                                                                                   | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Kozłówek Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością            |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-664, ul. Na Kozłowiec 29                                                               |                    |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 12 6502016                                                                                        |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 357206363                                                                                         |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                   | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                   |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-664, NA KOZŁÓWCE 29                                                                    |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 126502016                                                                                         |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                        |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                   |                    |                             |

|                                                     |                                                                                                                                         |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                                         | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                                         |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-664, NA KOZŁÓWCE 29                                                                                                          |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 126502026                                                                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 182</b> |                                                                                                                                         | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "VITA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                    |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRZESZCZE, 32-620, ul. Piłsudskiego 6                                                                                                   |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 32 21 11 566, 21 10 005                                                                                                                 |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357201615                                                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                         | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Przychodnia Rejonowo-Specjalistyczna Nr 2                                                                                               |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRZESZCZE, 32-620, Piłsudskiego 6                                                                                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 32 21 10 005                                                                                                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 183</b> |                                                                                                                                         | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZY RODZINNYCH BOREK FAŁĘCKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                       |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-389, UL. PROF. BOLESŁAWA WIKTORA WICHERKIEWICZA 23                                                                           |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 12 25 74 025                                                                                                                            |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 356657365                                                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                         | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ - Niemcewicz                                                                                                       |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-424, Juliana Ursyna Niemcewicza 7                                                                                            |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 122662710                                                                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                                         | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia Lekarzy Rodzinnych Borek Fałęcki filia Raciborska                                                                              |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-324, ul. Raciborska 17                                                                                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 122573885                                                                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 16.04.2021                                                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 184</b> |                                                                                                                                         | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | "MEDBUK" spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                                                        |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BUKOWNO, 32-332, ul. Zwycięstwa 9                                                                                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 32 64 21 033 32 64 60 303                                                                                                               |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357078920                                                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                         | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień                                                                                                                         |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BUKOWNO, 32-332, Zwycięstwa 9                                                                                                           |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 32 64 21 033                                                                                                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 185</b> |                                                                                                                                         | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | "CHIRAMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                                      |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RABKA-ZDRÓJ, 34-700, ul. Orkana 20b                                                                                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 18 267 67 54                                                                                                                            |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 492027058                                                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                         | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Centrum Medyczne w Tymbarku Punkt Szczepień                                                                                             |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TYMBARK, 34-650, 315                                                                                                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 183325220                                                                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 186</b> |                                                                                                                                         | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | CENTRUM OPIEKI MEDYCZNEJ "ESKULAP" SPÓŁKA CYWILNA EWA MAJDA, BERNARDA PUSZCZEWICZ I MALGORZATA WITEK                                    |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OLKUSZ, 32-300, ul. Króla Kazimierza Wielkiego 28                                                                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 32 64 74 030                                                                                                                            |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357216261                                                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                         | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Centrum Opieki Medycznej ESKULAP - PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                      |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OLKUSZ, 32-300, Króla Kazimierza Wielkiego 28                                                                                           |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 326474030                                                                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 187</b> |                                                                                                                                         | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | "OLMED" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                                                         |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OLKUSZ, 32-300, ul. Zofii Nałkowskiej 1                                                                                                 |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 32 64 33 713                                                                                                                            |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357108382                                                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                         | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                                         |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OLKUSZ, 32-300, Nałkowskiej 1                                                                                                           |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 326433795                                                                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 188</b> |                                                                                                                                         | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "KROMED" S.C. KRÓK JÓZEF, WITEK-KRÓK MARIA                                                        |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRYBÓW, 33-330, ul. Grunwaldzka 7                                                                                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 18 44 50 352                                                                                                                            |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 492040780                                                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                         | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Centrum Medyczne KROMED                                                                                                                 |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRYBÓW, 33-330, Grunwaldzka 7                                                                                                           |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 184450352                                                                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 189</b> |                                                                                                                                         | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "LANGMED"- SPÓŁKA JAWNA LEKARZA MEDYCYNY STANISŁAW LANGER I LEKARZA STOMATOLOGA ZOFIA WIEK-LANGER |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                                                     |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BOBOWA, 38-350, ul. Okrężna 6                                                                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 18 35 14 610                                                                                                        |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 492041029                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                     | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                                                                     |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BOBOWA, 38-350, Węgierska 25                                                                                        |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 183514610                                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 190</b> |                                                                                                                     | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | MK VERTIGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-002, ul. Prądnicka 10                                                                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 126334033                                                                                                           |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 120056884                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                     | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CMC Cracow Medicum Center Poradnia lekarza POZ                                                                      |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-002, Prądnicka 10                                                                                        |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 126334033                                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 191</b> |                                                                                                                     | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | VIRTUSON SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                    |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY TARG, 34-400, ul. Wojska Polskiego 14                                                                          |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 18 26 62 148                                                                                                        |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 492045323                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                     | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza rodzinnego                                                                                         |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY TARG, 34-400, Wojska Polskiego 14                                                                              |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 182662148                                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                     | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej                                                                              |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY TARG, 34-400, Marii Pajerskiej 8A                                                                              |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 185491666                                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                                     | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia POZ                                                                                                        |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OCHOTNICA GÓRNA, 34-453, os. Zawady 205                                                                             |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 182624111                                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                                                     | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet lekarza POZ                                                                                                 |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁĘTOWNIA, 34-242, 269                                                                                               |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 182773005                                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 192</b> |                                                                                                                     | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | MIEJSKO GMINNE CENTRUM MEDYCZNE "WOL-MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WOLBROM, 32-340, ul. Skalska 22                                                                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 32 64 41 029                                                                                                        |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357208244                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                     | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia Lekarza Rodzinnego                                                                                         |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WOLBROM, 32-340, Skalska 22                                                                                         |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 326441029                                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 193</b> |                                                                                                                     | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Pro-med Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                               |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-909, os. Na Skarpie 6                                                                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 12 64 49 520, 12 64 41 756                                                                                          |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357186666                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                     | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | "Pro-med" Sp. z o. o. PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                               |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-909, os. Na Skarpie 6                                                                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 126441756                                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 194</b> |                                                                                                                     | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | TOMASZ LISIK                                                                                                        |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SZALOWA, 38-331, 419                                                                                                |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 18 35 23 023                                                                                                        |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 492009379                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                     | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Samodzielny Niepubliczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Szalowej Lisik Tomasz               |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SZALOWA, 38-331, 419                                                                                                |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 183523023                                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 195</b> |                                                                                                                     | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "BOMED" SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY MEDYCYNY: LUCYNY BRONIEK I ARKADIUSZA JAGŁY |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BOBOWA, 38-350, ul. św. Zofii 4                                                                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 18 35 14 444                                                                                                        |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 492044619                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                     | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet lekarza POZ                                                                                                 |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BOBOWA, 38-350, św. Zofii 4                                                                                         |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 183514444                                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                     |                                |                                    |



|                                                     |                                                                                               |                                   |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 196</b> |                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOSZYCACH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ     |                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOSZYCE, 32-130, UL. MONIUSZKI 11                                                             |                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | +1 33 14 010                                                                                  |                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357216628                                                                                     |                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet szczepień                                                                             |                                   | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOSZYCE, 32-130, Moniuszki 11                                                                 |                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 413514010                                                                                     |                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 197</b> |                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA "MEDYCYNĄ" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                       |                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ALWERNIA, 32-566, ul. Zbigniewa Gęlikowskiego 16                                              |                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 12 28 31 168, 12 28 32 167                                                                    |                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357207173                                                                                     |                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA MIEJSKA W ALWERNI                                                                 |                                   | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ALWERNIA, 32-566, GĘSIKOWSKIEGO 16                                                            |                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 122832167                                                                                     |                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 198</b> |                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ FAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ           |                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-131, ul. Młodej Polski 7                                                           |                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 12 63 75 370                                                                                  |                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357206050                                                                                     |                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                                |                                   | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-131, Młodej Polski 7                                                               |                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 126375370                                                                                     |                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 199</b> |                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | "CENTRUM MEDYCYNY RODZINNEJ SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY - GRZYWACZ & LIGEZA & CZEPIEL-PAJERSKA" |                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY TARG, 34-400, ul. Szaflarska 93 C                                                        |                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 18 25 40 040                                                                                  |                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 492045530                                                                                     |                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Centrum Medycyny Rodzinnej                                                                    |                                   | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY TARG, 34-400, Szaflarska 93 C                                                            |                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 182640040                                                                                     |                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 200</b> |                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PUBLICZNY SAMODZIELNY OŚRODEK ZDROWIA W ZABAWIE                                               |                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZABAWA, 33-133, ul. Bł. Karoliny Kózkówny 83/1                                                |                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 14 62 26 012                                                                                  |                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 851982062                                                                                     |                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w Zabawie                                       |                                   | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZABAWA, 33-133, Bł. Karoliny Kózkówny 83/1                                                    |                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 146226012                                                                                     |                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 201</b> |                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ESKULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                               |                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OLKUSZ, 32-300, ul. Króla Kazimierza Wielkiego 110                                            |                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 32 6470105                                                                                    |                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357226874                                                                                     |                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                               |                                   | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OLKUSZ, 32-300, Króla Kazimierza Wielkiego 110                                                |                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 326470105                                                                                     |                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 202</b> |                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GRO - MEDICUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-315, ul. Szwedzka 27                                                               |                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 12 26 96 141                                                                                  |                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357067039                                                                                     |                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                          |                                   | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-315, Szwedzka 27                                                                   |                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 12 26 96 141                                                                                  |                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 203</b> |                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | GALL - MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                            |                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-053, ul. Kronikarza Galla 25                                                       |                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 12 29 47 011                                                                                  |                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357209640                                                                                     |                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnej                                                 |                                   | <b>3</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-053, Kronikarza Galla 25                                                           |                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 122947011                                                                                     |                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 204</b> |                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA ZDROWIA SKAWINA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                           |                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SKAWINA, 32-050, ul. ks. Jerzego Popiełuszki 2A                                               |                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 122761957                                                                                     |                                   |                                    |

|                                                   |                                                                                                   |                         |                             |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| identyfikator REGON                               | 357223456                                                                                         |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                   | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | punkt szczepień                                                                                   |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKAWINA, 32-050, Ks.J.Popiełuszki 2a                                                              |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 122761957                                                                                         |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                        |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 205      |                                                                                                   | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "BOMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRYBÓW, 33-330, ul. Kościuski 17                                                                  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 18 4452167                                                                                        |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 492047078                                                                                         |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                   | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Samodzielny Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "BOMED" Sp. z o.o.                              |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRYBÓW, 33-330, Kościuski 17                                                                      |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 184450310                                                                                         |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                        |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 206      |                                                                                                   | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | SALUBRIS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TUCHÓW, 33-170, ul. Zielona 15                                                                    |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 14 65 30 015                                                                                      |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 851803964                                                                                         |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                   | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej                                                            |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RZEPPIENNIK STRZYŻEWSKI, 33-163, 396                                                              |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 515515509                                                                                         |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                        |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                   | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | SALUBRIS ODDZIAŁ TUCHÓW                                                                           |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TUCHÓW, 33-170, Zielona 15                                                                        |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 146523301                                                                                         |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                        |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 207      |                                                                                                   | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | "Centrum Zdrowia Zakliczyn" spółka cywilna Jerzy Woźniak, Paula Kołodziej                         |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAKLICZYN, 32-840, ul. Tarnowska 2                                                                |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 14 6653999                                                                                        |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 852486721                                                                                         |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                   | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Centrum Zdrowia"                                           |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAKLICZYN, 32-840, Tarnowska 2                                                                    |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 146653999                                                                                         |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                        |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 208      |                                                                                                   | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Paweł Grzywacz                                                                                    |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY TARG, 34-400, ul. Długa 100                                                                  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | +48604538664                                                                                      |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 070854294                                                                                         |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                   | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | LASERMED                                                                                          |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY TARG, 34-400, Krzywa 17                                                                      |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 188880200                                                                                         |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                        |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                   | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | LASERMED - Gabinet zabiegowy                                                                      |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY TARG, 34-400, Krzywa 17                                                                      |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 188880200                                                                                         |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                        |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 209      |                                                                                                   | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA ZDROWIA W SŁOMNIKACH                   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SŁOMNIKI, 32-090, ul. św. Jadwigi Królowej 2                                                      |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 12 38 81 267                                                                                      |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 357372498                                                                                         |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                   | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Zdrowia w Słomnikach                   |                         | 11                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SŁOMNIKI, 32-090, św. Jadwigi Królowej 2                                                          |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 123882999                                                                                         |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                        |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 210      |                                                                                                   | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | ZBIGNIEW LIPTAK NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ KOSSOWA                                     |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 34-114, ul. Ceglarska 19C                                                                 |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 33 879 20 06                                                                                      |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 356284177                                                                                         |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                   | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet Lekarza POZ                                                                               |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOSSOWA, 34-114, 15                                                                               |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 338792006                                                                                         |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                        |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 211      |                                                                                                   | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | GABINET LEKARSKI KRYSZYNA KOCAŃDA-LAPCZYŃSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ              |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MANIÓW, 34-436, ul. Juliusza Słowackiego 5                                                        |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 18 2751886                                                                                        |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 387407078                                                                                         |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                   | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |

|                                                   |                                                                                                                  |                      |                             |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | Praktyka Lekarza Rodzinnego GABINET LEKARSKI KRYSZYNA KOCANDA-LAPCZYŃSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DĘBNO, 34-434, Długa 76                                                                                          |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 182751886                                                                                                        |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                       |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                  |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 212      |                                                                                                                  | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Świątnikach Górnych Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością              |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIĄTNIKI GÓRNE, 32-040, ul. Krakowska 2                                                                         |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 12 27 04 899                                                                                                     |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 357246776                                                                                                        |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                  | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet Lekarza Rodzinnego                                                                                       |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIĄTNIKI GÓRNE, 32-040, Krakowska 2                                                                             |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 122704899                                                                                                        |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                       |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                  |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 213      |                                                                                                                  | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŻABNIE                                                             |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻABNO, 33-240, ul. Aleja Piłsudskiego 7                                                                          |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 14 64 56 557                                                                                                     |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 852481706                                                                                                        |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                  | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Przychodnia Rejonowa w Żabnie                                                                                    |                      | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻABNO, 33-240, al. Piłsudskiego 7                                                                                |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 146456570                                                                                                        |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                       |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                  |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                                  | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gminny Ośrodek Zdrowia w Wietrzykowicach                                                                         |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIETRZYCHOWICE, 33-270, 2                                                                                        |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 0146418008                                                                                                       |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                       |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                  |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                                                                  | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Wiejski Ośrodek Zdrowia Niedomice z siedzibą w Ilkowicach                                                        |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ILKOWICE, 33-132, Złota Góra 9                                                                                   |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 0146457111                                                                                                       |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                       |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                  |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 214      |                                                                                                                  | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Stanisław Sot                                                                                                    |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOBIN, 32-100, 91                                                                                                |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 12 38 66 555                                                                                                     |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 357210940                                                                                                        |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                  | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Leczniczo-Profilaktyczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ASKLEPIOS"                                       |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOBIN, 32-100, 91                                                                                                |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 123866555                                                                                                        |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                       |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                  |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 215      |                                                                                                                  | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | CENTRUM MEDYCZNE "KOL-MED" SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W TARNOWIE                             |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, pl. Dworcowy 6                                                                                   |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 14 62 76 075, 14 62 13 848                                                                                       |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 010649508                                                                                                        |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                  | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt szczybień                                                                                                  |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, Plac Dworcowy 6                                                                                  |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 146276075 146213848                                                                                              |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                       |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                  |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 216      |                                                                                                                  | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | MAREK LEWEK Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia w Symbarku                                     |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZYMBAK, 38-311, 574                                                                                             |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 18 35 13 162                                                                                                     |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 492700740                                                                                                        |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                  | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia Symbark                                                    |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZYMBAK, 38-311, 574                                                                                             |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 183513162                                                                                                        |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                       |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                  |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 217      |                                                                                                                  | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | CENTRE DE LA VISION SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                      |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-033, ul. Henryka Sienkiewicza 34                                                                      |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 12 63 30 363                                                                                                     |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 357887140                                                                                                        |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                  | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt Szczybień                                                                                                  |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-033, Henryka Sienkiewicza 34                                                                          |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 12 63 30 363                                                                                                     |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                       |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                  |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 218      |                                                                                                                  | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | MEDICUM PETLIC LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA                                                                        |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWODWÓRZE, 33-112, 70                                                                                           |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 14 67 95 124                                                                                                     |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 852307469                                                                                                        |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                  | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICUM" Petlic L.s.p. Ośrodek Zdrowia w Nowodworzu                       |                      | 3                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWODWÓRZE, 33-112, 70                                                                                           |                      |                             |
| telefon/ telefon                                  | 14 67 95 124                                                                                                     |                      |                             |

|                                                   |                                                                                                                        |                         |                             |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                             |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                        |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                                        | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICUM" Petlic L.s.p. Ośrodek Zdrowia w Woli Rzędzińskiej                      |                         | 3                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOLA RZĘDZIŃSKA, 33-150, 184a                                                                                          |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 14 67 92 194                                                                                                           |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                             |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                        |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 219      |                                                                                                                        | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | "PRZYCHODNIA" E MACIOL SPÓŁKA JAWNA                                                                                    |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RABKA-ZDRÓJ, 34-700, ul. Poniatowskiego 6                                                                              |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 18 2676515                                                                                                             |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 492712140                                                                                                              |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                        | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet Medycyny Rodzinnej                                                                                             |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RABKA - ZDRÓJ, 34-700, Poniatowskiego 6                                                                                |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 182676515                                                                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                             |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                        |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 220      |                                                                                                                        | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Helena Mazurkiewicz NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OŚRODEK ZDROWIA "MAZ MED" INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA     |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOSZCZENICA, 38-321, ul. Gorlicka 185                                                                                  |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 18 35 41 885                                                                                                           |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 49272427                                                                                                               |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                        | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt szczepień                                                                                                        |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOSZCZENICA, 38-321, Gorlicka 185                                                                                      |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 183541885                                                                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                             |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                        |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 221      |                                                                                                                        | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Aleksander Więcek                                                                                                      |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ROŻNÓW, 33-316, 406                                                                                                    |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 18 44 03 022                                                                                                           |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 490571540                                                                                                              |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                        | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Praktyka lekarza rodzinnego                                                                                            |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ROŻNÓW, 33-316, 406                                                                                                    |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 184403022                                                                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                             |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                        |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 222      |                                                                                                                        | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ EVAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GORLICE, 38-300, ul. Władysława Broniewskiego 9                                                                        |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 18 35 27 433                                                                                                           |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 36232170                                                                                                               |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                        | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet zabiegowy                                                                                                      |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GORLICE, 38-300, Władysława Broniewskiego 9                                                                            |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 183527433                                                                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                             |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                        |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 223      |                                                                                                                        | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | NZO2 "SANA-MED" S.C." JOLANTA BARCZYK-DANECKA, LESZEK DANECKI,DOROTA MARZEC,MARTA SZYDEK-KAWECKA                       |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLKUSZ, 32-300, ul. gen. Stefana Buchowieckiego 15A                                                                    |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 32 43 17 111                                                                                                           |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 356367762                                                                                                              |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                        | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień                                                                                                        |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLKUSZ, 32-300, gen. Buchowieckiego 15A                                                                                |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 501605410                                                                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                             |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                        |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 224      |                                                                                                                        | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "UMAMED" SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY : URSZULI RYDAROWSKIEJ-POLIŃSKIEJ I ANDRZEJA SOKOŁOWSKIEGO |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GORLICE, 38-300, ul. Słoneczna 11                                                                                      |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 183546900                                                                                                              |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 492728341                                                                                                              |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                        | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                                                                                        |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GORLICE, 38-300, Słoneczna 11                                                                                          |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 183546900                                                                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                             |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                        |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 225      |                                                                                                                        | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | "ARS MEDICA" SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY GRZEGORZA ORCHELA I ROBERTA TENEROWICZA                                         |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GORLICE, 38-300, ul. Władysława Jagiełły 10                                                                            |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 18 3536597                                                                                                             |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 492728329                                                                                                              |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                        | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet lekarski POZ                                                                                                   |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GORLICE, 38-300, Władysława Jagiełły 10                                                                                |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 183536597                                                                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                             |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                        |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 226      |                                                                                                                        | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                    |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BARCICE, 33-342, 422                                                                                                   |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 18 4466067                                                                                                             |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 380073444                                                                                                              |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                        | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet lekarza POZ                                                                                                    |                         | 1                           |
|                                                   |                                                                                                                        |                         |                             |
|                                                   |                                                                                                                        |                         |                             |
|                                                   |                                                                                                                        |                         |                             |

|                                                     |                                                                                                                                       |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BARCICE, 33-342, 422                                                                                                                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 501527560                                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                                                                  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYSOWA-ZDRÓJ, 38-316, 109                                                                                                             |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 183530262                                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 227</b> |                                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WIELOMED<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                             |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIELOGŁOWY, 33-311, 45                                                                                                                |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 18 44 32 510                                                                                                                          |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 365469027                                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet lekarza internisty                                                                                                            |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIELOGŁOWY, 33-311, 45                                                                                                                |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 184432510                                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 228</b> |                                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | HARAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                                       |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SPYTKOWICE, 34-745, 26                                                                                                                |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 18 26 88 581                                                                                                                          |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 383415767                                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Przychodnia Medycyny Rodzinnej                                                                                                        |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SPYTKOWICE, 34-745, 26                                                                                                                |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 182688581                                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 229</b> |                                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NZO2 Danuta Mirzałek                                                                                                                  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KASINKA MAŁA, 34-734, 822                                                                                                             |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 18 33 13 031                                                                                                                          |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 490055702                                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet Lekarza POZ Kasinka Mała MEDYCYNĄ RODZINNĄ                                                                                    |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KASINKA MAŁA, 34-734, 822                                                                                                             |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 183313031                                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet Lekarza POZ Raba Niżna MEDYCYNĄ RODZINNĄ                                                                                      |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RABA NIŻNA, 34-730, 218                                                                                                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 183316060                                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 230</b> |                                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | RULEK - MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                                |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CZARNY DUNAIEC, 34-470, ul. Ignacego Mościckiego 5                                                                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 18 26 57 010                                                                                                                          |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 385260547                                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                                                  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIKIELNIK, 34-472, 129 C                                                                                                              |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 182639099                                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 231</b> |                                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Elżbieta Zielińska                                                                                                                    |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SĘKOWA, 38-307, 323                                                                                                                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 18 35 18 092                                                                                                                          |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 492828901                                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | nzo2 Sękowa                                                                                                                           |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SĘKOWA, 38-307, 323                                                                                                                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 183518092                                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 232</b> |                                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | BEATA BRYJA, HUBERT BRYJA                                                                                                             |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KUKUSZOWA, 34-404, 40 A                                                                                                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 18 2651424                                                                                                                            |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 492828019                                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Ośrodek Medycyny Rodzinnej                                                                                                            |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KLUKUSZOWA, 34-404, 40a                                                                                                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 182651424                                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 233</b> |                                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GMINIE<br>NOWY TARG MAŁGORZATA KOZIOL, MICHALINA SLEMP,<br>IRENA GRODNICKA-JOPEK SPÓŁKA JAWNA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁUDŹMIERZ, 34-471, ul. Podhalańska 2                                                                                                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 18 26 55 524                                                                                                                          |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 492836852                                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Praktyka Lekarza Rodzinnego w Łudźmierzu                                                                                              |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁUDŹMIERZ, 34-471, Podhalańska 2                                                                                                      |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 182655524                                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                       |                                |                                    |

|                                                   |                                                                                     |                    |                             |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                     | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Praktyka Lekarza Rodzinnego w Ostrowsku                                             |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROWSKO, 34-431, Za Potokiem 2                                                    |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 182653923                                                                           |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                          |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                     |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                                     | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Praktyka Lekarza Rodzinnego w Nowej Białej                                          |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWA BIAŁA, 34-433, Główna 5                                                        |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 182851323                                                                           |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                          |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                     |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                                                     | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Praktyka Lekarza Rodzinnego w Gronkowie                                             |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRONKÓW, 34-400, 207                                                                |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 182656037                                                                           |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                          |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                     |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 234      |                                                                                     | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | CENTRUM MEDYCYNY RODZINNEJ GNOJNIK I SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ        |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GNOJNIK, 32-864, 537                                                                |                    |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 14 68 69 965                                                                        |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 120046070                                                                           |                    |                             |
|                                                   |                                                                                     |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                     | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Centrum Medycyny Rodzinnej Gnojnik                                                  |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GNOJNIK, 32-864, 537                                                                |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 146869965                                                                           |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                          |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                     |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 235      |                                                                                     | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDIC S.C.                                    |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TYLMANOWA, 34-451, os. Bliszcz 223                                                  |                    |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 18 282 50 26                                                                        |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 492836438                                                                           |                    |                             |
|                                                   |                                                                                     |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                     | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia ogólna                                                                     |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TYLMANOWA, 34-451, os. Bliszcz 223                                                  |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 182625026                                                                           |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                          |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                     |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 236      |                                                                                     | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "LEGE ARTIS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ       |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIECZ, 38-340, ul. Przedmieście Dolne 167                                           |                    |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 13 4470044                                                                          |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 369230636                                                                           |                    |                             |
|                                                   |                                                                                     |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                     | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Zakład Opieki Zdrowotnej "Lege Artis"                                               |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIECZ, 38-340, Przedmieście Dolne 167                                               |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 134470044                                                                           |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                          |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                     |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 237      |                                                                                     | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | PROMED P.LACH R.GŁOWACKI SPÓŁKA JAWNA                                               |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-513, ul. Olszańska 56                                                    |                    |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 0126498552                                                                          |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 356678232                                                                           |                    |                             |
|                                                   |                                                                                     |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                     | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Centrum Medyczne Promed                                                             |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-411, Nad Strugą 7                                                        |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 124151101                                                                           |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                          |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                     |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 238      |                                                                                     | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szerzynie                          |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZERZYNY, 38-246, 26                                                                |                    |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 14 65 17 268                                                                        |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 370477936                                                                           |                    |                             |
|                                                   |                                                                                     |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                     | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                       |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZERZYNY, 38-246, 26                                                                |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 146517268                                                                           |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                          |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                     |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 239      |                                                                                     | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | KOPALNIA SOLI "WIELICZKA" TRASA TURYSTYCZNA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIELICZKA, 32-020, Park Kingi 10                                                    |                    |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 12 27 87 375                                                                        |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 351197769                                                                           |                    |                             |
|                                                   |                                                                                     |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                     | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Ośrodek Leczenia i Rehabilitacji                                                    |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIELICZKA, 32-020, Park Kingi 1 budynek I                                           |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 122787368                                                                           |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                          |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                     |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                     | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień Powszechnych "Regis"                                                |                    | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIELICZKA, 32-020, ul. Plac Kościuszki 9                                            |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 122787512                                                                           |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.04.2021                                                                          |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                     |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 240      |                                                                                     | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | JARACZ,OKINCZYC,PACIORKOWSKA-MIELCZAREK,WARECKA-LEKARZE SPÓŁKA PARTNERSKA           |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-135, UL. STEFANA BATOREGO 3                                              |                    |                             |

|                                                     |                                                                                                      |                           |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefon:                                   | 12 63 38 828                                                                                         |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 356595635                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | "TWÓJ LEKARZ" - LEKARZE SPÓŁKA PARTNERSKA                                                            |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-135, STEFANA BATOREGO 3                                                                   |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | +48126338828                                                                                         |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                           |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 241</b> |                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | EMANUEL KAPALA                                                                                       |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PAŁECCZNICA, 32-109, ul. Francuska 10                                                                |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 413848006                                                                                            |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 072705368                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczyeń                                                                                        |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PAŁECCZNICA, 32-109, Francuska 10                                                                    |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 413848006                                                                                            |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                           |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 242</b> |                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | izabela Wróblewska                                                                                   |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZABÓRÓW, 32-821, 90                                                                                  |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 14 671 52 52                                                                                         |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 852530178                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Izabela Wróblewska - Poradnia Medycyny Rodzinnej                                                     |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZABÓRÓW, 32-821, 90                                                                                  |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 146715252                                                                                            |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                           |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 243</b> |                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Anna Maria Trawińska                                                                                 |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SKAWICA, 34-221, 448                                                                                 |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 33 87 75 313                                                                                         |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 852544588                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Ośrodek Zdrowia w Skawicy Anna Trawińska                                                             |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SKAWICA, 34-221, 448                                                                                 |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 338775313                                                                                            |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                           |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 244</b> |                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | STAROSĄDECKI NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ESKULAP" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STARY SĄCZ, 33-340, ul. KRÓLOWEJ JADWIGI 20                                                          |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 18 44 61 171                                                                                         |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 492910442                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Starosądecki Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ESKULAP" Sp. z o.o.                              |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STARY SĄCZ, 33-340, Królowej Jadwigi 20                                                              |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 662576288                                                                                            |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                           |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 245</b> |                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | "HIPOKRATES" S.KRÓLICKI-J.ŁUFIRSKI SPÓŁKA JAWNA                                                      |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KĘTY, 32-650, ul. Henryka Sienkiewicza 13                                                            |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 33 84 75 800                                                                                         |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 356755464                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ "HIPOKRATES"                                                                                    |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KĘTY, 32-650, Henryka Sienkiewicza 13                                                                |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 33 84 75 800                                                                                         |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                           |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 246</b> |                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ESCULAP ANNA TOKARCZYK ADAM GĘBIA SPÓŁKA JAWNA                 |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MUSZYŃA, 33-370, UL. ZEFIRKA 6                                                                       |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 18 47 77 819                                                                                         |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 492933874                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARZA POZ                                                                                  |                           | <b>3</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MUSZYŃA, 33-370, ZEFIRKA 6                                                                           |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 184777819                                                                                            |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                           |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 247</b> |                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Halina Szczerbińska                                                                                  |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁĄCKO, 32-861, 609                                                                                   |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 14 68 44 310                                                                                         |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 850123397                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                             |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁWKOWA, 32-861, 458                                                                                  |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 146844310                                                                                            |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                           |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 248</b> |                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Barbara Szczodrowska                                                                                 |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁĄCKO, 33-390, 565                                                                                   |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 18 4446666                                                                                           |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 490717267                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej NZOZ - Praktyka Lekarza Rodzinnego Barbara Szczodrowska  |                           | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁĄCKO, 33-390, 662                                                                                   |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 184446666                                                                                            |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                           |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                           |                                    |

|                                                     |                                                                                                           |                           |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 249</b> |                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NZO MEDYK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                         |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SZCZUROWA, 32-820, ul. Rynek 1                                                                            |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 14 67 14 777                                                                                              |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 122598744                                                                                                 |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZO MEDYK Sp. z o.o.                                                                                      |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SZCZUROWA, 32-820, Rynek 1                                                                                |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 146714777                                                                                                 |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                           |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 250</b> |                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA ZDROWIA RODZINY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-236, al. 29 Listopada 178A                                                                     |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 126654285                                                                                                 |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 356820380                                                                                                 |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia Lekarza POZ                                                                                      |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-236, al. 29 Listopada 178A                                                                     |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 126654285                                                                                                 |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                           |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 251</b> |                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZY BAsENIE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ              |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ANDRYCHÓW, 34-120, al. Aleja Adama Wietrznego 3                                                           |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 338704990                                                                                                 |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 356819365                                                                                                 |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PRZY BAsENIE" Sp. z o.o.                                           |                           | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ANDRYCHÓW, 34-120, Aleja Adama Wietrznego 3                                                               |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 338704990                                                                                                 |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                           |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 252</b> |                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Miroslaw Lejawka NZOZ MIROMED Poradnia Medycyny Rodzinnej                                                 |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JURKÓW, 32-860, 379/3                                                                                     |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 14 68 42 202                                                                                              |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 850525316                                                                                                 |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet Lekarza Rodzinnego                                                                                |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JURKÓW, 32-860, 379/3                                                                                     |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 146842202                                                                                                 |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                           |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 253</b> |                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Dariusz Drożdż "DARMED"                                                                                   |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CZCHÓW, 32-860, ul. Sądecka 183                                                                           |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 14 68 43 090                                                                                              |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 851701850                                                                                                 |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "DARMED"                                                            |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CZCHÓW, 32-860, Sądecka 183                                                                               |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 146843090                                                                                                 |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                           |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia medycyny rodzinnej w Czchowie Filia w Złotej                                                     |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZŁOTA, 32-859, -                                                                                          |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 146639009                                                                                                 |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 01.06.2021                                                                                                |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 254</b> |                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | ESKULAP MAŁGORZATA KLIMCZAK, KRYSZTIAN KWAŚNIEWSKI SPÓŁKA CYWILNA                                         |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SZCZAWNICA, 34-460, ul. Jana Wiktora 17 A                                                                 |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 18 26 22 219                                                                                              |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 492952050                                                                                                 |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ESKULAP" s.c.                                                      |                           | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SZCZAWNICA, 34-460, Jana Wiktora 17a                                                                      |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 182622219                                                                                                 |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                           |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 255</b> |                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | FIZIOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                          |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SKRZYDŁA, 34-625, 287                                                                                     |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 69 40 84 052                                                                                              |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 492951576                                                                                                 |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                                                             |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SZCZYRZYC, 34-623, 188                                                                                    |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 183320400                                                                                                 |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                           |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 256</b> |                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | CERTUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                            |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MYŚLENICE, 32-400, ul. Drogowców 5                                                                        |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 12 27 25 670                                                                                              |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 356858796                                                                                                 |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "CERTUS" filia w Myślenicach ul. Jagiełły 1                         |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MYŚLENICE, 32-400, Władysława Jagiełły 1                                                                  |                           |                                    |



|                                                     |                                                                                                                       |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefon                                    | 123127120                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "CERTUS"                                                                        |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MYŚLENICE, 32-400, Drogowców 5                                                                                        |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 122725670                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 257</b> |                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | DOCTUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                        |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MYŚLENICE, 32-400, ul. Słoneczna 32                                                                                   |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 12 27 24 650                                                                                                          |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 356868524                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | DOCTUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                        |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MYŚLENICE, 32-400, Szpitalna 2                                                                                        |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 531161255                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 258</b> |                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | KADŁUCZKA SŁAWOMIR NZOZ "CENTRUM PROMOCJI I OCHRONY ZDROWIA"                                                          |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZAGÓRZE, 32-555, ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 226                                                                |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 32 61 34 963                                                                                                          |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 351369012                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy nr 1                                                                                  |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BABICE, 32-551, JANA GOŁĄBA 1                                                                                         |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 326134101                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                                                                                       |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PSARY, 32-545, WSPÓLNA 6                                                                                              |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 326115105                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 259</b> |                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Wiesław Dudziński                                                                                                     |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTRÓW, 32-122, 77                                                                                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 505 132 102                                                                                                           |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 850265536                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej INMED                                                                           |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIEDLIKA, 33-172, 231A                                                                                                |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 146527200                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 260</b> |                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                                       |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-676, ul. Postępu 21 C                                                                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 224504500                                                                                                             |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 140723603                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                                       |                                | <b>4</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-392, Opolska 114                                                                                           |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 223322888                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                                       |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-418, Księdza Józefa Tischnera 8                                                                            |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 223322888                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b>      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                                       |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-415, Wadowicka 8W                                                                                          |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 223322888                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b>      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                                                  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-216, Andrzeja Frycza-Modrzewskiego 2                                                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 223322888                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                                                        |                                | <b>3</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Józefa Poniatowskiego 2                                                                        |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 798816134                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 28.05.2021                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>               |                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powierzchnych - Szkoła Podstawowa nr 21                                                               |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Rokitniarczyków 26                                                                             |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 798816134                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 28.05.2021                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 261</b> |                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | PRZEDSIĘBIORSTWO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH I PROMOCJI ZDROWIA ELVITA-JAWORZNO III SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JAWORZNO, 43-600, ul. Gwarków 1                                                                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 32 7549411                                                                                                            |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 276223418                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                       | <b>szczenie personelu</b>      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | ELVITA NZOZ GÓRNICZY ZAKŁAD LECZNICTWA                                                                                |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LIBIAŻ, 32-590, GÓRNICZA 5                                                                                            |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 32 624 21 36, 32 627 04 51                                                                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                            |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                    |                             |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                    |                             | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OŚWIĘCIM, 32-600, Chemiczów 5                                                      |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 33 8449381                                                                         |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                    |                             | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TRZEBINIA, 32-540, HARCERSKA 13                                                    |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 32 6121002                                                                         |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 262</b> |                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| 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/ telefon                                    | +48 12 63 08 301                                                                   |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 351506868                                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień - Garnizonowy Ośrodek Szkolenia Sportowego                         | <b>W</b>                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków, 30-901, ul. Rakowicka 22                                                   |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 48126308323                                                                        |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień - Garnizonowy Ośrodek Szkolenia Sportowego                         |                             | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków, 30-901, ul. Rakowicka 22                                                   |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | +48126308323                                                                       |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powstających - Garnizonowy Ośrodek Szkolenia Sportowego            |                             | <b>4</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków, 30-901, ul. Rakowicka 22                                                   |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 26308324                                                                           |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 22.04.2021                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 263</b> |                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | INSTYTUT GRUŹLICY I CHOROŢÓB PŁUC                                                  |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 01-138, ul. Płocka 26                                                    |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 224312428                                                                          |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 000288490                                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | punkt szczepień INSTYTUT GRUŹLICY I CHOROŢÓB PŁUC                                  |                             | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RABKA-ZDRÓJ, 34-700, ul. Prof. Jana Rudnika 3B                                     |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 0182676060                                                                         |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | INSTYTUT GRUŹLICY I CHOROŢÓB PŁUC                                                  | <b>P</b>                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RABKA-ZDRÓJ, 34-700, ul. Prof. Jana Rudnika 3B                                     |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 0182676060                                                                         |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 264</b> |                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                    |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, ul. Parkowa 2.                                                     |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 14 628 41 43                                                                       |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 852752594                                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia medycyny pracy                                                            |                             | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, Juliusza Słowackiego 33-37                                         |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 14 628 41 83                                                                       |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Przychodnia Rodzinna nMedica                                                       |                             | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, ul. Parkowa 2                                                      |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 14 628 41 43                                                                       |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 265</b> |                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | MEDEA spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                      |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MICHAŁOWICE, 32-091, ul. Krakowska 229                                             |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 12 38 85 699                                                                       |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 356878008                                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia Lekarza Rodzinnego                                                        |                             | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MICHAŁOWICE, 32-091, Krakowska 229                                                 |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 123885199                                                                          |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 266</b> |                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Jolanta Wiśniewska -Tyrawa                                                         |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIELICZKA, 32-020, ul. Adama Mickiewicza 10/CD                                     |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 601 426 590                                                                        |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 120020886                                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | WIELMED NZOZ Lekarze Rodzinni                                                      |                             | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIELICZKA, 32-020, Adama Mickiewicza 10 c, d                                       |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 122890330                                                                          |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                         |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 267</b> |                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Krzysztof Nisnik                                                                   |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIOZINA, 34-236, 797                                                               |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 18 26 73 187                                                                       |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 490399710                                                                          |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | <b>szczenie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OŚRODEK ZDROWIA W SIOZINIE - Punkt szczepień |                             | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIOZINA, 34-236, 721                                                               |                             |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 182673187                                                                          |                             |                                    |

|                                                     |                                                                                               |                           |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 268</b> |                                                                                               | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Marek Jaworski                                                                                |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSIELEC, 34-234, 540                                                                          |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 18 2773907                                                                                    |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 400177820                                                                                     |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | punkt szczepień Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Osieciu                               |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSIELEC, 34-234, 540                                                                          |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 182773907                                                                                     |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 269</b> |                                                                                               | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | INTERCARD SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                             |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-514, al. Aleja płk. Władysława Beliny-Prażmowskiego 60                             |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 126262024                                                                                     |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 120040222                                                                                     |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Zespół Poradni Specjalistycznych w Nowym Sączu                                                |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY SĄCZ, 33-300, Jana Kilińskiego 68                                                        |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 185400200                                                                                     |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 270</b> |                                                                                               | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OŚRODEK ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ROPA, 38-312, 680                                                                             |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 18 3534120                                                                                    |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 369747492                                                                                     |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                                                 |                           | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ROPA, 38-312, 680                                                                             |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 183534120                                                                                     |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 271</b> |                                                                                               | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | EWA BUGAJSKA                                                                                  |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIELICZKA, 32-020, UL. BOLESŁAWA SZPUNARA 20A                                                 |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 601 860 740                                                                                   |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 351409906                                                                                     |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                                                |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIELICZKA, 32-020, Bolesława Szpunara 20A                                                     |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 724179020                                                                                     |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 272</b> |                                                                                               | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | ARKADIUSZ STRUS EUROMED NZOZ                                                                  |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIELICZKA, 32-020, ul. Bolesława Szpunara 19                                                  |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 12 27 84 000                                                                                  |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 350993122                                                                                     |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                                                               |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIELICZKA, 32-020, Bolesława Szpunara 19                                                      |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 122784000                                                                                     |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 273</b> |                                                                                               | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | MEDIKARTE - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                           |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BOCHNIA, 32-700, ul. Proszowska 1                                                             |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 14 61 05 359                                                                                  |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 120209595                                                                                     |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                      |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BOCHNIA, 32-700, PROSZOWSKA 1                                                                 |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 146105359                                                                                     |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 274</b> |                                                                                               | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Zuzanna Rejowska                                                                              |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STARY SĄCZ, 33-340, ul. Mickiewicza 39                                                        |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 18 44 63 346                                                                                  |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 120213929                                                                                     |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet lekarza POZ                                                                           |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GOLKOWICE GÓRNE, 33-340, 119                                                                  |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 184463346                                                                                     |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 275</b> |                                                                                               | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | MIROSLAWA FRANKOWSKA-MAJCHRAK I ANNA GALICA SPÓŁKA JAWNA                                      |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY TARG, 34-400, os. Wincentego Witosa 12/1                                                 |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 18 26 11 758                                                                                  |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 120331623                                                                                     |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                                                               |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY TARG, 34-400, Wojska Polskiego 14                                                        |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 182611758                                                                                     |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 276</b> |                                                                                               | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Przychodnia Lekarska - Anna Galica i Wspólnicy - Spółka Jawna                                 |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BUKOWINA TATRZAŃSKA, 34-530, ul. Kościuszki 45 a                                              |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 18 20 77 521                                                                                  |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 120321576                                                                                     |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                   |                                                                               |                         |                             |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | Punkt szczepień                                                               |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BUKOWINA TATRZAŃSKA, 34-530, Kościuszki 11                                    |                         | 2                           |
| telefon/ telefon                                  | 182077201                                                                     |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                    |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                               |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                               | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt szczepień                                                               |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PORONIN, 34-520, Józefa Piłsudskiego 101                                      |                         | 1                           |
| telefon/ telefon                                  | 182077201                                                                     |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                    |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                               |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 277      |                                                                               | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | OŚRODEK ZDROWIA - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SZCZUROWIE |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZUROWA, 32-820, ul. Rynek 3                                                |                         |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 14 67 13 131                                                                  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 120509067                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                               | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Ośrodek Zdrowia - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szczurowej |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZUROWA, 32-820, Rynek 3                                                    |                         | 2                           |
| telefon/ telefon                                  | 146713131                                                                     |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                    |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                               |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 278      |                                                                               | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | "SZPITAL MIEJSKI W RABCE-ZDRÓJU" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ      |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RABKA-ZDRÓJ, 34-700, ul. Słoneczna 3                                          |                         |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 18 26 77 001                                                                  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 120480323                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                               | szczepienie personelu   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Izba Przyjęć Szpital w Rabce Punkt Szczepień                                  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RABKA ZDRÓJ, 34-700, ul. Słoneczna 3                                          |                         | 2                           |
| telefon/ telefon                                  | 512283247                                                                     |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                    |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                               |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 279      |                                                                               | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | Tadeusz Magiera                                                               |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIPINKI, 38-305, 52                                                           |                         |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 13 447 70 19                                                                  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 370131758                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                               | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet diagnostyczno - zabiegowy                                             |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRYG, 38-305, 446                                                             |                         | 1                           |
| telefon/ telefon                                  | 134479003                                                                     |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                    |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                               |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 280      |                                                                               | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | "ZDROWIE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                             |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAWOJA, 34-222, 1580                                                          |                         |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 33 87 75 003                                                                  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 120525296                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                               | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" Spółka z o.o.                 |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAWOJA, 34-222, 1580                                                          |                         | 1                           |
| telefon/ telefon                                  | 338775003                                                                     |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                    |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                               |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 281      |                                                                               | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | CENTRUM ZDROWIA TUCHÓW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TUCHÓW, 33-170, ul. Szpitalna 1                                               |                         |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 14 65 35 100                                                                  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 120446616                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                               | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | CENTRUM ZDROWIA TUCHÓW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TUCHÓW, 33-170, ul. Szpitalna 1                                               | P                       |                             |
| telefon/ telefon                                  | 14 65 35 100                                                                  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                    |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                               |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                               | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień                                                               |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TUCHÓW, 33-170, Kolejowa 8B                                                   |                         | 1                           |
| telefon/ telefon                                  | 146535101                                                                     |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                    |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                               |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                               | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień                                                               |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIERZCHOSŁAWICE, 33-122, 39B                                                  |                         | 1                           |
| telefon/ telefon                                  | 533329632                                                                     |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                    |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                               |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                                               | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień                                                               |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIĘŻKOWICE, 33-190, Zdrowa 1                                                  |                         | 1                           |
| telefon/ telefon                                  | 533329632                                                                     |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                    |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                               |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 5                    |                                                                               | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień Powszechnych w Burzynie                                       |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BURZYN, 33-170, Burzyn 5                                                      |                         | 3                           |
| telefon/ telefon                                  | 534497529, 536180975                                                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 21.04.2021                                                                    |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                               |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 282      |                                                                               | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ROMED" Lucyna Figura                   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZYN, 33-164, 574                                                           |                         |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 14 65 32 630                                                                  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 852536442                                                                     |                         |                             |

|                                                   |                                                                                               |                      |                             |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                               | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia lekarza POZ Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ROMED"                            |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZYN, 33-164, 574                                                                           |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 146532630                                                                                     |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                    |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                               |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 283      |                                                                                               | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | LARMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-548, ul. Lwowska 17/1                                                              |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 12 65 63 014                                                                                  |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 356871868                                                                                     |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                               | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet lekarza POZ                                                                           |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-548, Lwowska 17/1 i 2                                                              |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 126563014                                                                                     |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                    |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                               |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 284      |                                                                                               | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Praktyka Lekarzy Małgorzata Jordan i Ewa Majcherek Jaworska Spółka Cywilna                    |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOLA RADZISZOWSKA, 32-053, 590                                                                |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 12 27 54 123                                                                                  |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 120630426                                                                                     |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                               | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Praktyka Lekarzy Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia s.c. Wola Radziszowska |                      | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOLA RADZISZOWSKA, 32-053, 590                                                                |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 122754123                                                                                     |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                    |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                               |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 285      |                                                                                               | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Wojciech Sikora                                                                               |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MAKÓW PODHAŁAŃSKI, 34-220, ul. 3 Maja 45a                                                     |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 18 28 73 225                                                                                  |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 492924970                                                                                     |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                               | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt szczepień                                                                               |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TOPORZYSKO, 34-240, 250 250                                                                   |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 182873225                                                                                     |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                    |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                               |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 286      |                                                                                               | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | NZOZ PROFAMILIA MARIUSZ PUCHTA                                                                |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PORĄBKĄ USZEWSKA, 32-854, 301                                                                 |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 14 66 56 780                                                                                  |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 852528247                                                                                     |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                               | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | NZOZ PROFAMILIA                                                                               |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PORĄBKĄ USZEWSKA, 32-854, 301                                                                 |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 146656780                                                                                     |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                    |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                               |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 287      |                                                                                               | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | QUEEN MEDICINE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                        |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-036, ul. Halicka 10                                                                |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 0122627878                                                                                    |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 120452433                                                                                     |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                               | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt szczepień                                                                               |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-476, Bosaków 11                                                                    |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 122627878                                                                                     |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                    |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                               |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 288      |                                                                                               | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | COMARCH HEALTHCARE SPÓŁKA AKCYJNA                                                             |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-864, al. Jana Pawła II 39A                                                         |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 12 39 44 100                                                                                  |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 120652221                                                                                     |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                               | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | imed24 Punkt szczepień                                                                        |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-864, PROF. MICHAŁA ŻYCZKOWSKIEGO 29                                                |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 123763131                                                                                     |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                    |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                               |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 289      |                                                                                               | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | LESZEK ERB                                                                                    |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JORDANÓW, 34-240, ul. 3 Maja 2A                                                               |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 18 26 75 519                                                                                  |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 490810950                                                                                     |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                               | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia w Jordanowie"                              |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JORDANÓW, 34-240, 3-go maja 2a                                                                |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 182675519                                                                                     |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                    |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                               |                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 290      |                                                                                               | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | SPECJALMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                            |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOB CZYCE, 32-410, ul. Zarabie 35C                                                            |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 508329635                                                                                     |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 120778092                                                                                     |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                               | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia Lekarza POZ                                                                          |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOB CZYCE, 32-410, Zarabie 35c                                                                |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 508329634                                                                                     |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                    |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                               |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                               | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

|                                                   |                                                                                             |                    |                             |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                              |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIŚNIOWA, 32-412, 317                                                                       |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 508329634                                                                                   |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                  |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                             |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                                             | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                              |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RACIECHOWICE, 32-415, 330                                                                   |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 508329634                                                                                   |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                  |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                             |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                                                             | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia lekarza POZ                                                                        |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KASINKA MAŁA, 34-734, 822                                                                   |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 508329634                                                                                   |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                  |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                             |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 5                    |                                                                                             | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień Powszechnych - Specjalmed Sp.z o.o.                                         |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBZYCE, 32-410, ul. Podgórska 2                                                            |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 122711284                                                                                   |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 22.04.2021                                                                                  |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                             |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 291      |                                                                                             | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Jarosław Zachara                                                                            |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BORZĘCIN, 32-825, 87b                                                                       |                    |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 14 68 46 009                                                                                |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 850509056                                                                                   |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                             | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień                                                                             |                    | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BORZĘCIN, 32-825, 87b                                                                       |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 146846009                                                                                   |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                  |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                             |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 292      |                                                                                             | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | HOLI-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                            |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DĘBNO, 32-852, 380                                                                          |                    |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 14 66 50 145                                                                                |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 120547582                                                                                   |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                             | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | HOLI - MED Sp z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej                                  |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DĘBNO, 32-852, 380                                                                          |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 146650145                                                                                   |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                  |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                             |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 293      |                                                                                             | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | STANISŁAW SYNOWIEC PRZYCHODNIA ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ              |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRZESZÓW, 34-206, 217                                                                       |                    |                             |
| telefon/ telefon:                                 | +48338748175                                                                                |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 385188548                                                                                   |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                             | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia medycyny rodzinnej                                                                 |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRZESZÓW, 34-206, 217                                                                       |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 338748175                                                                                   |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                  |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                             |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 294      |                                                                                             | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | MAREK COGIEL                                                                                |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LACHOWICE, 34-232, Lachowice 195B                                                           |                    |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 33 87 48 012                                                                                |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 070782880                                                                                   |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                             | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ (NZOZ) PRZYCHODNIA ZDROWIA W LACHOWICACH MAREK COGIEL |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LACHOWICE, 34-232, 195b                                                                     |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 338748012                                                                                   |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                  |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                             |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 295      |                                                                                             | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Bożena Małgorzata Polewczyk                                                                 |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRYSZAWA, 34-205, 277A                                                                     |                    |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 33 8747026                                                                                  |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 070613886                                                                                   |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                             | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia ogólna                                                                             |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRYSZAWA, 34-205, 277A                                                                     |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 338747026                                                                                   |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                  |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                             |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 296      |                                                                                             | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | EWA JASIŃSKA-KRYCZKA                                                                        |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOCHMYRZÓW, 32-010, ul. Spółdzielców 3                                                      |                    |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 12 64 72 028                                                                                |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 351311461                                                                                   |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                             | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | NZOZ Centrum Medyczne "Gastro-Medical"                                                      |                    | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOCHMYRZÓW, 32-010, Spółdzielców 3                                                          |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 126472028                                                                                   |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                  |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                             |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 297      |                                                                                             | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Niepołomickie Centrum Medyczne Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                      |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NEPOŁOMICKIE, 32-005, ul. Janusza Korczaka 1                                                |                    |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 12 281 36 56                                                                                |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 120891316                                                                                   |                    |                             |

|                                                   |                                                                 |                    |                             |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                 | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | FILIA PRZYCHODNI W PODŁĘŻU Z SIEDZIBĄ W PODGRABIU               |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIEPOŁOMICE, 32-005, UL. SPORTOWA 1                             |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 122811317                                                       |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                      |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                 |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                 | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Przychodnia Rejonowa w Niepołomicach                            |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIEPOŁOMICE, 32-005, UL. J. Korczaka 1                          |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 122811005                                                       |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 26.03.2021                                                      |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                 |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                 | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Przychodnia w Podłężu                                           |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PODŁĘŻE, 32-003, Podłęże 467                                    |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 122818999                                                       |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 26.03.2021                                                      |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                 |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                                 | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Przychodnia w Zabierzowie Bocheńskim                            |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZABIERZÓW, 32-007, Zabierzów 468                                |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 122816836                                                       |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 26.03.2021                                                      |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                 |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 298      |                                                                 | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | KORMED S.C. Koryczan Leszek, Koryczan Renata                    |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOLA FILIPOWSKA, 32-065, ul. Stolarska 1.                       |                    |                             |
| telefon/ telefony:                                | 12 28 37 023                                                    |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 120576840                                                       |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                 | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej KORMED S.C.               |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOLA FILIPOWSKA, 32-065, Stolarska 1                            |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 122837023                                                       |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                      |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                 |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 299      |                                                                 | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Fick Magdalena NZOZ OŚRODEK ZDROWIA w Budzowie                  |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BUDZÓW, 34-211, 460                                             |                    |                             |
| telefon/ telefony:                                | 33 87 40 008                                                    |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 356738000                                                       |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                 | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia Lekarza POZ                                            |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BUDZÓW, 34-211, 460                                             |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 338740008                                                       |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                      |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                 |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 300      |                                                                 | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Emka Med mgr Kinga Markowicz                                    |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOSZYCE MAŁE, 33-111, ul. Główna 29                             |                    |                             |
| telefon/ telefony:                                | 14 63 40 030, 14 65 01 111                                      |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 850470443                                                       |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                 | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                 |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOSZYCE MAŁE, 33-111, Główna 29                                 |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 146501111                                                       |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                      |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                 |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 301      |                                                                 | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | LUBOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                 |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOCMYRZÓW, 32-010, ul. Wąwozowa 2                               |                    |                             |
| telefon/ telefony:                                | 123872081                                                       |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 121119859                                                       |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                 | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LUBOMED                   |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOCMYRZÓW, 32-010, Wąwozowa 2                                   |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 12 38 72 081                                                    |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                      |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                 |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 302      |                                                                 | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | CENTRUM MEDYCZNE PROMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLESŁAW, 32-329, ul. Łaskowska 4a                              |                    |                             |
| telefon/ telefony:                                | 32 64 24 147                                                    |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 121269211                                                       |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                 | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | CENTRUM MEDYCZNE PROMED Sp. z o.o. Punkt szczepień              |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLESŁAW, 32-329, ŁASKOWSKA 4A                                  |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 32 64 24 147                                                    |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                      |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                 |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 303      |                                                                 | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | ESKULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                 |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MASZKÓW, 32-095, ul. Królewska 49                               |                    |                             |
| telefon/ telefony:                                | 12 38 84 512                                                    |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 356352802                                                       |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                 | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | NZOZ "ESKULAP" - Przychodnia wielospecjalistyczna               |                    | 3                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IWANOWICE DWORSKIE, 32-095, kurajska 27                         |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 123884399                                                       |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                      |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                 |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                 | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | NZOZ "ESKULAP" - Rehabilitacja                                  |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MASZKÓW, 32-095, ul. Królewska 49                               |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 123884512                                                       |                    |                             |

|                                                     |                                                                                                                           |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 304</b> |                                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NZOZ PRZYCHODNIA RODZINNA S.C.                                                                                            |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIECHÓW, 32-200, ul. Juliusza Słowackiego 13                                                                              |                                |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 41 383 45 45                                                                                                              |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 121332843                                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Przychodnia Rodzinna s.c.                                                                                                 |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIECHÓW, 32-200, Juliusza Słowackiego 13                                                                                  |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 413834545                                                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 305</b> |                                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM MEDYCYNY RODZINNEJ U MYSZKA JAKUBOWSKA, M.JAKUBOWSKI, J.JAKUBOWSKI          |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TRZCIANA, 32-733, 336                                                                                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 14 61 36 005                                                                                                              |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 121318671                                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ CENTRUM MEDYCYN RODZINNEJ S.C.                                                                                       |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TRZCIANA, 32-733, 336                                                                                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 146136005                                                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 306</b> |                                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ARSMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TRZCIANA, 32-733, 336                                                                                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 14 61 36 764                                                                                                              |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 121297466                                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ ARSMEDICA SP. Z O.O.                                                                                                 |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TRZCIANA, 32-733, 336                                                                                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 146136764                                                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 307</b> |                                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE "BATOREGO" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                       |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY SĄCZ, 33-300, al. Aleje Stefana Batorego 77                                                                          |                                |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 18 44 20 006                                                                                                              |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 120854657                                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia (gabinet) lekarza POZ                                                                                            |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY SĄCZ, 33-300, al. Aleje Stefana Batorego 77                                                                          |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 18 44 20 006                                                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 308</b> |                                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | OŚRODEK MEDYCZNY ZDROWIE - PRAKTYKA LEKARZY RODZINNYCH SŁAWOMIR BADURĄ, MARIA TURLEJ-POPIEL SPÓŁKA JAWNA                  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-426, ul. Józefa Montwiłła-Mireckiego 10/3                                                                      |                                |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 12 312 82 00                                                                                                              |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 121367327                                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                                                      |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-426, Montwiłła-Mireckiego 10/3                                                                                 |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 123128200                                                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczeni                                                                                                             |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-426, Józefa Montwiłła-Mireckiego 10/3                                                                          |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 12 312 82 00                                                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 309</b> |                                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | "BERGER I SAJDAK - SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY"                                                                             |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZALASOWA, 33-159, ul. św. Walentego 9/2                                                                                   |                                |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 14 65 42 194                                                                                                              |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 852622035                                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej                                                                                    |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZALASOWA, 33-159, św. Walentego 9/2                                                                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 146542194                                                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 310</b> |                                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE 4M SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                               |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-438, ul. Borkowska 25B/U1                                                                                      |                                |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | +48 12 307 02 21                                                                                                          |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 121497389                                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                                                      |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-141, Krowoderska 17                                                                                            |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 12 30 70 221                                                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 311</b> |                                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | PRAKTYKA GRUPOWA PEDIATRYCZNO-INTERNISTYCZNA - LEKARZE E. BALUK-SYREK & A.KRZYWOŃ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRZCZONÓW, 32-435, 733                                                                                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 122747551                                                                                                                 |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 356383264                                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia Lekarza POZ                                                                                                      |                                | <b>1</b>                           |



|                                                   |                                                                                                  |                         |                             |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKOMIELNA CZARNA, 32-437, 415                                                                    |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 12 37 32 226                                                                                     |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                       |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 312      |                                                                                                  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | BRONIEK - SETKIEWICZ - LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA                                                |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RYGLICE, 33-160, ul. Tarnowska 21                                                                |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 14 65 41 009                                                                                     |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 852624028                                                                                        |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia lekarza POZ                                                                             |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RYGLICE, 33-160, ul. TARNOWSKA 21                                                                |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 146541009                                                                                        |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                       |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 313      |                                                                                                  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ TRES-MED                                                   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ROGAŁ PIECH-WOJTASZEK LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA                                                 |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | GROMNIK, 33-180, ul. Jana Pawła II 10                                                            |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 14 65 14 210                                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej                                                           |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GROMNIK, 33-180, Jana Pawła II 10                                                                |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 146514210                                                                                        |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                       |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 314      |                                                                                                  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | PRO VITAE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHOMRANICE, 33-394, 200                                                                          |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 60 25 58 244                                                                                     |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 121130424                                                                                        |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt szczepień                                                                                  |                         | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHOMRANICE, 33-394, 10                                                                           |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 184433308                                                                                        |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                       |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 315      |                                                                                                  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | NOWOCZESNE CENTRUM MEDYCZNE OKOKLINIK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-493, ul. Orlich Gniazd 8/13                                                         |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 228619379                                                                                        |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 141224658                                                                                        |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | NOWOCZESNE CENTRUM MEDYCZNE OKOKLINIK Punkt szczepień                                            |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHRZANÓW, 32-500, Topolowa 16                                                                    |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 609155258                                                                                        |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                       |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 316      |                                                                                                  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | PAWEŁ CHRUSCIEL I WSPÓLNICY - SPÓŁKA JAWNA                                                       |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY TARG, 34-400, os. Wincentego Witosa 8/3                                                     |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 18 2001360                                                                                       |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 121850704                                                                                        |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt szczepień                                                                                  |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MURZASICHLE, 34-531, Sądecka 55                                                                  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 182001360                                                                                        |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                       |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 317      |                                                                                                  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | "PULS Iwulski Ropek s.c." Zdzisław Iwulski, Bogumiła Ropek                                       |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZESKO, 32-800, ul. Legionów Piłsudskiego 27A                                                   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 14 68 53 200                                                                                     |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 122445101                                                                                        |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | ZOZ PULS MED                                                                                     |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZESKO, 32-800, Legionów Piłsudskiego 27A                                                       |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 146853200                                                                                        |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                       |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 318      |                                                                                                  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | ZDROWIE RODZINNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                         |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKALA, 32-043, ul. Bohaterów Września 52                                                         |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 883 255 554                                                                                      |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 122499551                                                                                        |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień                                                                                  |                         | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKALA, 32-043, Polna 17                                                                          |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 124426200                                                                                        |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                       |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 319      |                                                                                                  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIE "ESKULAP" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA                 |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIECZ, 38-340, ul. Tysiąclecia 3                                                                 |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 13 4471808                                                                                       |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 122588906                                                                                        |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Przychodnia w Bieczu                                                                             |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIECZ, 38-340, Tysiąclecia 3                                                                     |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 13 4471808                                                                                       |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                       |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

|                                                     |                                                                                                |                           |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | Przychodnia w Libuszy                                                                          |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LIBUSZA, 38-306, 688                                                                           |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 134475051                                                                                      |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                     |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Przychodnia w Rożnowicach                                                                      |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ROŻNOWICE, 38-323, 326                                                                         |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 13 4476003                                                                                     |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                     |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 320</b> |                                                                                                | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | SANATORIUM UZDROWISKOWE "LEŚNIK-DRZEWIARZ" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ             |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, ul. Podgórna 1                                                          |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 18 4712861                                                                                     |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 122586592                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Sanatorium Uzdrowskowie "LEŚNIK-DRZEWIARZ" Sp. z o.o.                                          |                           | <b>4</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, Podgórna 1                                                              |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 184712861                                                                                      |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                     |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 321</b> |                                                                                                | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | "MC LEKARZE RODZINNI GRUZIŁ, MAGDOŃ" SPÓŁKA PARTNERSKA                                         |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-612, ul. Przykopy 13                                                                |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 607 370 036                                                                                    |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 122685199                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                                 |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW-PODGÓRZE, 30-612, Przykopy 13                                                           |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 607 370 036                                                                                    |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                     |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 322</b> |                                                                                                | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NOWA-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                               |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WADOWICE, 34-100, ul. Emilii i Karola Wołyńców 19                                              |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 602694045                                                                                      |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 122720553                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet lekarza POZ                                                                            |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WADOWICE, 34-100, E i K Wołyńców 19                                                            |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 602694045                                                                                      |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                     |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 323</b> |                                                                                                | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | BONUS-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                              |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KAMIONKA WIELKA, 33-334, 253                                                                   |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 18 44 56 060                                                                                   |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 122637533                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Bonus-Med                                                                                      |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KAMIONKA WIELKA, 33-334, 465                                                                   |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 184456060                                                                                      |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                     |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 324</b> |                                                                                                | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PCIM, 32-432, 1                                                                                |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 12 27 48 501                                                                                   |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 122734242                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PCIM, 32-432, 5                                                                                |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 122748501                                                                                      |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                     |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 325</b> |                                                                                                | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | CARDEA KUĆA MALINA LEKARZE SPÓŁKA PARTNERSKA                                                   |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZUROWA, 38-247, 7                                                                              |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 14 65 13 685                                                                                   |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 122509002                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Przychodnia Rodzinna CARDEA                                                                    |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZUROWA, 38-247, 7                                                                              |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 146513685                                                                                      |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                     |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 326</b> |                                                                                                | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | GMINNE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADGOSZCZ, 33-207, pl. św. Kazimierza 3                                                        |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 14 541 41 10                                                                                   |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 122813059                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                           |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADGOSZCZ, 33-207, PLAC ŚW. KAZIMIERZA 3                                                       |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 146414110                                                                                      |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                     |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                           |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LUSZOWICE, 33-206, MIELECKA 7                                                                  |                           |                                    |

|                                                     |                                                                                                 |                           |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefon                                    | 146413306                                                                                       |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                      |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 327</b> |                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | ALLMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                               |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-797, ul. Franciszka Klimczaka 17/80                                                |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 791039499                                                                                       |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 146061563                                                                                       |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | ALLMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                               |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY TARG, 34-400, Kolejowa 31                                                                  |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 182657488                                                                                       |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                      |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | ALLMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                               |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY TARG, 34-400, Tysiąclecia 111                                                              |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 182657488                                                                                       |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                      |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | ALLMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                               |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MSZANA DOLNA, 34-730, Orkana 10                                                                 |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 182657488                                                                                       |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                      |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | ALLMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                               |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZAKOPANE, 34-500, Chyców Potok 26                                                               |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 182657488                                                                                       |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                      |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - ALLMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                |                           | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZAKOPANE, 34-500, Chyców Potok 26                                                               |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 182657488                                                                                       |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.04.2021                                                                                      |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 328</b> |                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE SZYCE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                  |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SZYCE, 32-085, Plac Wspólnoty 2                                                                 |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 12 41 92 010                                                                                    |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 122872576                                                                                       |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Centrum Medyczne Szyce                                                                          |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SZYCE, 32-085, Plac Wspólnoty 2                                                                 |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 124192010                                                                                       |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                      |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 329</b> |                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | VITALIS NOWAK I ŻURAKOWSKI SPÓŁKA JAWNA                                                         |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TRZEBINIA, 32-540, ul. Kopernika 25                                                             |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 32 620 02 93                                                                                    |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 121378220                                                                                       |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                                                                 |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TRZEBINIA, 32-540, Kopernika 25                                                                 |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 326200293                                                                                       |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                      |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych Vitalis                                                            |                           | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TRZEBINIA, 32-540, os. Widokowe 21                                                              |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 733433494                                                                                       |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 29.04.2021                                                                                      |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 330</b> |                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Szpital Powiatowy w Limanowej Imienia Miłosierdzia Bożego                                       |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa                                                            |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | +48 18 330 17 00                                                                                |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 000304378                                                                                       |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Szpital Powiatowy w Limanowej Imienia Miłosierdzia Bożego                                       | <b>W</b>                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa                                                            |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | tel. +48 734135535                                                                              |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                      |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet Lekarza POZ                                                                             |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. W. Witosa 28, 34-600 Limanowa                                                               |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 183371722                                                                                       |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                                      |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Zespół Szkół Technicznych i Ogólnokształcących im. Jana Pawła II |                           | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LIManowa, 24-600, ul. Zygmunta Augusta 8                                                        |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 734135538                                                                                       |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 27.04.2021                                                                                      |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 331</b> |                                                                                                 | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |

|                                                   |                                                                        |                    |                             |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | CENTRUM MEDYCZNE VIS MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ       |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-930, Osiedle Centrum C 8                                    |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 604094365                                                              |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 382468589                                                              | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                        | *                  |                             |
| nazwa:                                            | CENTRUM MEDYCZNE VISMED                                                |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-930, osiedle Centrum C 8                                    |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 126421627                                                              |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                             |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 332      |                                                                        | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | FORMED SPÓŁKA CYWILNA                                                  |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WADOWICE, 34-100, ul. Krasieńskiego 9A/1                               |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 531434284                                                              |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 122937318                                                              | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                        | *                  |                             |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                        |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WADOWICE, 34-100, LWOWSKA 93                                           |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 338233255                                                              |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                             |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 333      |                                                                        | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | CENTRUM MEDYCZNE SIEPRAW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ       |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEPRAW, 32-447, ul. Jana Pawła II 38                                  |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 12 274 61 22                                                           |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 123032192                                                              | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                        | *                  |                             |
| nazwa:                                            | Gabinet Lekarza POZ                                                    |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEPRAW, 32-447, Jana Pawła II 38                                      |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 122746122                                                              |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                             |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 334      |                                                                        | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | PLUSZYŃSKA JOLANTA                                                     |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHRZANÓW, 32-500, ul. Wileńska 3                                       |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 604 266 050                                                            |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 273805462                                                              | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                        | *                  |                             |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                        |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JANKOWICE, 32-551, Jana Pawła II 16                                    |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 508970221                                                              |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                             |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 335      |                                                                        | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | AMICUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                         |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MASZKÓW, 32-095, ul. Prosta 19                                         |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 12 388 41 38, 602 650 400                                              |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 122640475                                                              | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                        | *                  |                             |
| nazwa:                                            | Punkt szczepień                                                        |                    | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MASZKÓW, 32-095, Prosta 19                                             |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 123884138                                                              |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                             |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 336      |                                                                        | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | INSTYTUT MEDYCZNY INNOWACYJNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-653, ul. Walego Sławka 3                                    |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 12 254 61 20                                                           |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 123194925                                                              | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                        | *                  |                             |
| nazwa:                                            | Centrum Medyczne Imicare                                               |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 33-332, Zabłocie 25/4                                          |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 123523150                                                              |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                             |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 337      |                                                                        | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | SKOPIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                         |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-357, ul. Josepha Conrada 79                                 |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 12 446 46 10                                                           |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 122605823                                                              | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                        | *                  |                             |
| nazwa:                                            | Poradnia lekarza POZ                                                   |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-357, Josepha Conrada 79                                     |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 604792922                                                              |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                             |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 338      |                                                                        | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | FAMILIA MEDICINA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ               |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IWANOWICE WŁOŚCIĄŃSKIE, 32-095, ul. Jana Pawła II 23                   |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 604 503 149                                                            |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 123227990                                                              | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                        | *                  |                             |
| nazwa:                                            | Familia Medicina Gabinet Lekarza POZ                                   |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZYBYŚLAWICE, 32-046, 78                                              |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | +48535628912                                                           |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                             |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 339      |                                                                        | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | IGAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA      |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-918, Osiedle Hutnicze 8/22                                  |                    |                             |
| telefon/ telefon                                  | 32 728 06 06                                                           |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 123210819                                                              | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                        | *                  |                             |
| nazwa:                                            | Centrum Medyczne IGAMED Punkt szczepień                                |                    | 1                           |

|                                                   |                                                                                          |                         |                             |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHRZANÓW, 32-500, Oświęcimska 3                                                          |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 608 277 988                                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                               |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                          |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 340      |                                                                                          | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | Renata Sieja Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej                                       |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UJANOWICE, 34-603, 31                                                                    |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 18 3334012                                                                               |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 361015619                                                                                |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                          | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej                                                    |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UJANOWICE, 34-603, 31                                                                    |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 183334012                                                                                |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                               |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                          |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 341      |                                                                                          | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | CM PLUS MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZESKO, 32-800, ul. św. Brata Alberta 6                                                 |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 500 844 441                                                                              |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 361510425                                                                                |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                          | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Centrum Medyczne Plus Medica                                                             |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZESKO, 32-800, św. Brata Alberta 6                                                     |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 500844441                                                                                |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                               |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                          |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 342      |                                                                                          | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | PZU ZDROWIE SPÓŁKA AKCYJNA                                                               |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-673, ul. Konstruktorska 13                                                  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 225824541                                                                                |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 143343166                                                                                |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                          | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PZU ZDROWIE CENTRUM MEDYCZNE                                                             |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, Polskiego Czerwonego Krzyża 26                                           |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 504-742-221                                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                               |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                          |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 343      |                                                                                          | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | "PRZYCHODNIA RODZINNA" SPÓŁKA JAWNA I.KUTA, A.KORZEC, M.JASIŃSKI                         |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZUJIN, 33-230, ul. Jakuba Przyłuskiego 1                                              |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 14 641 02 20, 721 353 441                                                                |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 361633671                                                                                |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                          | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | "PRZYCHODNIA RODZINNA" SPÓŁKA JAWNA I.KUTA, A.KORZEC, M.JASIŃSKI                         |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZUJIN, 33-230, Przyłuskiego 1                                                         |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 14 641 02 20                                                                             |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                               |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                          |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 344      |                                                                                          | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MALIMED                                            |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SŁOMNIKI, 32-090, ul. Józefa Poniatowskiego 9    |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 12 357 67 11                                                                             |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 361748345                                                                                |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                          | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MALIMED                                            |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SŁOMNIKI, 32-090, Józefa Poniatowskiego 9                                                |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 123576711                                                                                |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                               |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                          |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 345      |                                                                                          | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GMINIE RABA WYŻNA                |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RABA WYŻNA, 34-721, 64                                                                   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 18 26 71 013                                                                             |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 363027472                                                                                |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                          | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet zabiegowy                                                                        |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RABA WYŻNA, 34-721, 64                                                                   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 182671013                                                                                |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                               |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                          |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                          | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Ośrodek Zdrowia w Skawie                                                                 |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKAWA, 34-713, 9                                                                         |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 182686022                                                                                |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                               |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                          |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 346      |                                                                                          | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | MEDYCYNNA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                        |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-729, ul. Na Zakołu Wisły 12B/LU2                                              |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 608 059 176                                                                              |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 362396776                                                                                |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                          | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Przychodnia Bocheńska                                                                    |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOCHNIA, 32-700, Krakowska 27                                                            |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 146116363                                                                                |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                               |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                          |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                          | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień Powszechnych - Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Łapanowie |                         | 5                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁAPANÓW, 32-740, Łapanów 32                                                              |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 695190178                                                                                |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.04.2021                                                                               |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                          |                         |                             |

|                                                     |                                                                                                                            |                           |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 347</b> |                                                                                                                            | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | CLINICARE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                          |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SPÓŁKA KOMANDYTOWA                                                                                                         |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | KRAKÓW, 31-436, ul. Henryka Wieniawskiego 66/34                                                                            |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 607261197                                                                                                                  |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                            | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia chorób wewnętrznych                                                                                               |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-436, Henryka Wieniawskiego 66/34                                                                                |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 607261197                                                                                                                  |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                 |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 348</b> |                                                                                                                            | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | "Spółka Gminna Palecznica" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                         |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PAŁECZNICA, 32-109, ul. św. Jakuba 11                                                                                      |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 691964034                                                                                                                  |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 361070357                                                                                                                  |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                            | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Rehabilitacji                                                                |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PAŁECZNICA, 32-109, Małopolska 36                                                                                          |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 413848542                                                                                                                  |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                 |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 349</b> |                                                                                                                            | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "CENTRUM MEDYCZNE WARMUZ" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KALWARIA ZEBRZYDOWSKA, 34-130, ul. Marii Konopnickiej 18                                                                   |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 604 594 142                                                                                                                |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 363306083                                                                                                                  |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                            | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia Lekarza POZ                                                                                                       |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KALWARIA ZEBRZYDOWSKA, 34-130, Marii Konopnickiej 18                                                                       |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 604594142                                                                                                                  |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                 |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 350</b> |                                                                                                                            | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Centrum Medyczne Południe - Rafał Wyrzumiński                                                                              |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CHRZANÓW, 32-500, ul. Jana Pełkowskiego 3                                                                                  |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 791 841 010                                                                                                                |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 366011419                                                                                                                  |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                            | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Przychodnia Rodzinna Południe                                                                                              |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CHRZANÓW, 32-500, Jana Pełkowskiego 3                                                                                      |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 791841010                                                                                                                  |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                 |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 351</b> |                                                                                                                            | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | KAROLINA WERCHOWIECKA-PARDYGAL I TOMASZ PARDYGAL                                                                           |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-698, ul. Rymanowska 7                                                                                           |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 123994960                                                                                                                  |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 368801261                                                                                                                  |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                            | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                                            |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-394, Skotnicka 230A                                                                                             |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 123994960                                                                                                                  |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                 |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 352</b> |                                                                                                                            | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | FUNDACJA POD SKRZYDLAMI                                                                                                    |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-698, ul. Matematyków Krakowskich 122A                                                                           |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 126235979                                                                                                                  |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 364399626                                                                                                                  |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                            | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia Lekarza POZ                                                                                                       |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-418, Zakopiańska 97                                                                                             |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 126235979                                                                                                                  |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                 |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 353</b> |                                                                                                                            | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | MATEUSZ GAŁUSZKA Ośrodek Zdrowia GAMED                                                                                     |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ROPA, 38-312, 680                                                                                                          |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | +48 502 718 774                                                                                                            |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 241192978                                                                                                                  |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                            | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet lekarza POZ                                                                                                        |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ROPA, 38-312, 680                                                                                                          |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | +48502718774                                                                                                               |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                 |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                            | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet lekarza POZ                                                                                                        |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | UŚCIE GÓRLICKIE, 38-315, 155                                                                                               |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | +48502718774                                                                                                               |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                 |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 354</b> |                                                                                                                            | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | ZDROWA HUTA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                        |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-914, ul. Wacława Sieroszewskiego 3                                                                              |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 511456418                                                                                                                  |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 380864631                                                                                                                  |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                            | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Zdrowa Huta                                                                                                                |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-914, Wacława Sieroszewskiego 3                                                                                  |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 604941697                                                                                                                  |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                 |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 355</b> |                                                                                                                            | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | GYNCENTRUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ                                                                                            |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KATOWICE, 40-451, ul. Żelazna 1                                                                                            |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 608763854                                                                                                                  |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 383762894                                                                                                                  |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                            | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | KRAKÓW                                                                                                                     |                           | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-322, Józefa Mehoffera 10                                                                                        |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 325065086                                                                                                                  |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                 |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 356</b> |                                                                                                                            | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | MOJA PRZYJAZNA PORADNIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ                                                                               |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRZESZCZE, 32-620, ul. Kościelna 21/8                                                                                      |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 502336426                                                                                                                  |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 385398470                                                                                                                  |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                            | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | punkt szczepień Moja Przyjazna Poradnia                                                                                    |                           | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRZESZCZE, 32-620, Nosała 7                                                                                                |                           |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 576141148                                                                                                                  |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                 |                           |                                    |

|                                                     |                                                                                                                     |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykazania z wykazu                             |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                     | <b>szczeplenie personelu</b>   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Moja Przyjazna Poradnia                                                              |                                | <b>3</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRZESZCZE, 32-620, Nosala 7                                                                                         |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 515848652                                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.04.2021                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykazania z wykazu                             |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 357</b> |                                                                                                                     | <b>szczeplenie personelu</b>   | <b>szczeplenie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Szpital Specjalistyczny im.J.Dietla w Krakowie                                                                      |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Skarbowa 4, 31-121 Kraków                                                                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | tel. +48 12 68 76 200                                                                                               |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 351564179                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                     | <b>szczeplenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Szpital Specjalistyczny im.J.Dietla w Krakowie                                                                      | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Skarbowa 4, 31-121 Kraków                                                                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | tel. +48 609 992 670                                                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykazania z wykazu                             |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                     | <b>szczeplenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Szpital Specjalistyczny im.J.Dietla w Krakowie                                                                      |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Focha 33, 30-119 Kraków                                                                                         |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 126876378                                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 29.03.2021                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykazania z wykazu                             |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 358</b> |                                                                                                                     | <b>szczeplenie personelu</b>   | <b>szczeplenie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital                                                            |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krzyńca-Zdrój                                                                         |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | tel. +48 18 47 32 400                                                                                               |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 000300587                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                     | <b>szczeplenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital                                                            | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krzyńca-Zdrój                                                                         |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | tel. +48 18 473 24 05                                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykazania z wykazu                             |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                     | <b>szczeplenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital                                                            |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | im.dr. Józefa Dietla w Krzyńcy-Zdroju                                                                               |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krzyńca-Zdrój                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykazania z wykazu                             |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                                     | <b>szczeplenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - SPZOZ Szpital Im. dr J. Dietla w Krzyńcy-Zdroju - PUNKT SZCZEPIEŃ SZPITAL TYMCZASOWY |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krzyńca-Zdrój                                                                         |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 505668349                                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 30.04.2021                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykazania z wykazu                             |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                                                     | <b>szczeplenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Liceum                                                                               |                                | <b>5</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ogólnokształcące w Starym Sączu                                                                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | STARY SĄCZ, 33-340, Ul. Partyzantów 15                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 30.04.2021                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykazania z wykazu                             |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 359</b> |                                                                                                                     | <b>szczeplenie personelu</b>   | <b>szczeplenie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Szpital Powiatowy w Chrzanowie                                                                                      |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów                                                                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | tel. +48 18 47 32 400                                                                                               |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 000310108                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                     | <b>szczeplenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Szpital Powiatowy w Chrzanowie                                                                                      | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów                                                                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | tel. +48 793 837 751                                                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykazania z wykazu                             |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                     | <b>szczeplenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Szpital Powiatowy w Chrzanowie                                                                                      |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów                                                                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 326247029                                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykazania z wykazu                             |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                                     | <b>szczeplenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Punkt szczepień nr 2                                                                 |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CHYZANÓW,32-500, ul. Sokoła 24                                                                                      |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 326247029                                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 23.04.2021                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykazania z wykazu                             |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 360</b> |                                                                                                                     | <b>szczeplenie personelu</b>   | <b>szczeplenie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach                                                                      |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Karmelicka 5, 34-100 Wadowice                                                                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | tel. +48 33 87 21 200, +48 33 87 21 280                                                                             |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 000306466                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                     | <b>szczeplenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach                                                                      | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Karmelicka 5, 34-100 Wadowice                                                                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | +48 797 304 331                                                                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykazania z wykazu                             |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                     | <b>szczeplenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach                                                                      |                                | <b>3</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Karmelicka 5, 34-100 Wadowice                                                                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 510150401                                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 16.04.2021                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykazania z wykazu                             |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                                     | <b>szczeplenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach                                         |                                | <b>4</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Karmelicka 5, 34-100 Wadowice                                                                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 571324953                                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.04.2021                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykazania z wykazu                             |                                                                                                                     |                                |                                    |

|                                                     |                                                                             |                             |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 361</b> |                                                                             | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej                              |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków                                      |                             |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | tel. +48 12 662 31 50                                                       |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 350995109                                                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej                              | W                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków                                      |                             |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | tel. +48 784 624 416                                                        |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 362</b> |                                                                             | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie sp. z o.o.          |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Trynitarska 11, 31-061 Kraków                                           |                             |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | tel. +48 12 379 71 00                                                       |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 121065900                                                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie sp.                 | W                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Trynitarska 11, 31-061 Kraków                                           |                             |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | tel. +48 504 235 891                                                        |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie sp. z o.o.          |                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Trynitarska 11, 31-061 Kraków                                           |                             |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 123797120                                                                   |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 30.04.2021                                                                  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 363</b> |                                                                             | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Nowy Szpital w Olkuszu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością              |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Olkus, 32-300, ul. 1000-lecia 13                                            |                             |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | + 48 41 240 1200                                                            |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 320592435                                                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Nowy Szpital w Olkuszu Spółka z ograniczoną                                 | W                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Olkus, 32-300, ul. 1000-lecia 13                                            |                             |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | tel. +48 792270230                                                          |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia chorób zakaźnych                                                   |                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Olkus, 32-300, ul. 1000-lecia 13                                            |                             |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 412402411                                                                   |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Miejski Ośrodek Sportu i Rekreacji w Olkuszu |                             | 6                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OLKUSZ, 32-300, ul. Wiejska 1A                                              |                             |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 512143815                                                                   |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 16.04.2021                                                                  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Szkoła Podstawowa nr 1 w Wolbromiu           |                             | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WOLBROM, 32-340, ul. Mariacka 28                                            |                             |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 516142346                                                                   |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04.05.2021                                                                  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 364</b> |                                                                             | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny                          |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Balzera 15, 34-500 Zakopane                                             |                             |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | tel. +48 788 221 113                                                        |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 000296377                                                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny                          | W                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Balzera 15, 34-500 Zakopane                                             |                             |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | tel. +48 788 221 113                                                        |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 365</b> |                                                                             | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej                               |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka                                    |                             |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | tel. +48 33 872 31 00                                                       |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 000304415                                                                   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej                               | W                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka                                    |                             |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | tel. +48 668312916                                                          |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                             | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Hala Sportowa                                |                             | 5                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SUCHA BESKIDZKA, 34-200, ul. Kościelna 5                                    |                             |                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 797120260                                                                   |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.04.2021                                                                  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                             |                                    |



| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 366        |                                                                                                      | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni "Szpital Powiatowy" im. Bł. Marty Wieckiej   | W                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia                                                                     |                         |                             |
| telefon/ telefon                                    | tel. +48 14 61 53 400                                                                                |                         |                             |
| identyfikator REGON                                 | 000304349                                                                                            |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni "Szpital Powiatowy" im. Bł. Marty Wieckiej   | W                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia                                                                     |                         |                             |
| telefon/ telefon                                    | tel. +48 660 610 880                                                                                 |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                           |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                      | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni "Szpital Powiatowy" im. Bł. Marty Wieckiej   |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia                                                                     |                         |                             |
| telefon/ telefon                                    | 146153306                                                                                            |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                                           |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                      | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Zespół Szkół nr 1                                                     |                         | 5                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BOCHNIA, 32-700, ul. Windakiewicza 23                                                                |                         |                             |
| telefon/ telefon                                    |                                                                                                      |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 12.05.2021                                                                                           |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 367</b> |                                                                                                      | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myslenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2                | W                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | +48 12 272 10 85, +48 12 273 03 55                                                                   |                         |                             |
| telefon/ telefon                                    | 000300570                                                                                            |                         |                             |
| identyfikator REGON                                 |                                                                                                      |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myslenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2                | W                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | tel. +48 603 852 893                                                                                 |                         |                             |
| telefon/ telefon                                    |                                                                                                      |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                           |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 368</b> |                                                                                                      | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PASTERNIK"                                                    | P                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Modnicznica / 32-085 / os. Krakowskie Przedmieście 28                                                |                         |                             |
| telefon/ telefon                                    | 12 28 54 415                                                                                         |                         |                             |
| identyfikator REGON                                 | 351600969                                                                                            |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PASTERNIK"                                                    | P                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Modnicznica / 32-085 / os. Krakowskie Przedmieście 28                                                |                         |                             |
| telefon/ telefon                                    | 12 28 54 415                                                                                         |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                           |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 369</b> |                                                                                                      | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:                                              | FUNDACJA "ZDROWIE DLA BUDOWLANÝCH"                                                                   | P                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków / 31-915 / Osiedle Młodości 9                                                                 |                         |                             |
| telefon/ telefon                                    | 126866812                                                                                            |                         |                             |
| identyfikator REGON                                 | 350107787                                                                                            |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | FUNDACJA "ZDROWIE DLA BUDOWLANÝCH"                                                                   | P                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków / 31-915 / Osiedle Młodości 9                                                                 |                         |                             |
| telefon/ telefon                                    | 126866812                                                                                            |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                           |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 370</b> |                                                                                                      | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:                                              | ZGROMADZENIE SIÓSTR SŁUŻEBNICZEK NAJŚWIĘTSZEJ MARYI                                                  | P                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków / 31-542 / ul. Kazimierza Kordylewskiego 12                                                   |                         |                             |
| telefon/ telefon                                    | 12 41 24 457                                                                                         |                         |                             |
| identyfikator REGON                                 | 006234874                                                                                            |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | ZGROMADZENIE SIÓSTR SŁUŻEBNICZEK NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY NIEPOKALANIE POCZĘTEJ, PRÓWINCJA KRAKOWSKA | P                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków / 31-542 / ul. Kazimierza Kordylewskiego 12                                                   |                         |                             |
| telefon/ telefon                                    | 12 41 24 457                                                                                         |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                           |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 371</b> |                                                                                                      | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:                                              | STOWARZYSZENIE PRZYJACIÓŁ DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ                                                     | P                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków / 31-148 / ul. Helców 2                                                                       |                         |                             |
| telefon/ telefon                                    | 12 63 44 255 wewn. 266                                                                               |                         |                             |
| identyfikator REGON                                 | 351001134                                                                                            |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | STOWARZYSZENIE PRZYJACIÓŁ DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ IM. L.A. HELCÓW                                     | P                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków / 31-148 / ul. Helców 2                                                                       |                         |                             |
| telefon/ telefon                                    | 12 63 44 255 wewn. 266                                                                               |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                           |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 372</b> |                                                                                                      | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:                                              | "POMORZANY" CHOCHOŁÓWSKI I WSP. SPÓŁKA JAWNA                                                         | P                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Olkusz / 32-300 / ul. Gwarków 4A                                                                     |                         |                             |
| telefon/ telefon                                    | 322109137                                                                                            |                         |                             |
| identyfikator REGON                                 | 120527770                                                                                            |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | "POMORZANY" CHOCHOŁÓWSKI I WSP. SPÓŁKA JAWNA                                                         | P                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Olkusz / 32-300 / ul. Gwarków 4A                                                                     |                         |                             |
| telefon/ telefon                                    | 322109137                                                                                            |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                           |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 373</b> |                                                                                                      | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:                                              | ZAKÓN POSŁUGUJĄCYCH CHORYM OJCOWIE KAMILIANIE                                                        | P                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tarnowskie Góry / 42-606 / ul. Bytomska 22                                                           |                         |                             |
| telefon/ telefon                                    | 322857696                                                                                            |                         |                             |
| identyfikator REGON                                 | 040001646                                                                                            |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | ZAKÓN POSŁUGUJĄCYCH CHORYM OJCOWIE KAMILIANIE                                                        | P                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tarnowskie Góry / 42-606 / ul. Bytomska 22                                                           |                         |                             |
| telefon/ telefon                                    | 322857696                                                                                            |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                           |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 374</b> |                                                                                                      | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:                                              | POLSKI CZERWONY KRZYŻ                                                                                | P                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa / 00-561 / ul. Mokotowska 14                                                                |                         |                             |
| telefon/ telefon                                    | 22 326 12 86                                                                                         |                         |                             |
| identyfikator REGON                                 | 007023731                                                                                            |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | POLSKI CZERWONY KRZYŻ                                                                                | P                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa / 00-561 / ul. Mokotowska 14                                                                |                         |                             |
| telefon/ telefon                                    | 22 326 12 86                                                                                         |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                           |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 375</b> |                                                                                                      | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:                                              | UNIWERSYTECKI SZPITAL DZIECIECY W KRAKOWIE                                                           | P                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków / 30-663 / ul. Wielicka 265                                                                   |                         |                             |
| telefon/ telefon                                    | 6580656                                                                                              |                         |                             |
| identyfikator REGON                                 | 351375886                                                                                            |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | UNIWERSYTECKI SZPITAL DZIECIECY W KRAKOWIE                                                           | P                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków / 30-663 / ul. Wielicka 265                                                                   |                         |                             |
| telefon/ telefon                                    | 6580656                                                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                           |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 376</b> |                                                                                                      | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:                                              | Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy Im. Św. Ludwika                                         |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków / 31-503 / ul. Strzelecka 2                                                                   |                         |                             |
| telefon/ telefon                                    | 12 619 86 00                                                                                         |                         |                             |
| identyfikator REGON                                 | 000298583                                                                                            |                         |                             |
|                                                     |                                                                                                      |                         |                             |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                                | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika w Krakowie                                                        | P                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 31-503 / ul. Strzelecka 2                                                                                             |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 12 619 86 00                                                                                                                   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                     |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 377      |                                                                                                                                | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | SZPITAL KLINICZNY IM. DR. JÓZEFA BABIŃSKIEGO                                                                                   | P                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 30-393 / ul. dr. Józefa Babińskiego 29                                                                                |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | (12)65-24-347                                                                                                                  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 000298554                                                                                                                      |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                                | szczenie personelu *    | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | SZPITAL KLINICZNY IM. DR. JÓZEFA BABIŃSKIEGO SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE                         | P                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 30-393 / ul. dr. Józefa Babińskiego 29                                                                                |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | (12)65-24-347                                                                                                                  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                     |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 378      |                                                                                                                                | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | ŚLĄSKIE CENTRUM REHABILITACYJNO - UZDROWISKOWE IM.                                                                             | P                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rabka-Zdrój / 34-700 / ul. Dietla 5                                                                                            |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 18 26 76 300                                                                                                                   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 000297951                                                                                                                      |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                                | szczenie personelu *    | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | ŚLĄSKIE CENTRUM REHABILITACYJNO - UZDROWISKOWE IM. DR. ADAMA SZEBESTY W RABCE - ZDROJU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | P                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rabka-Zdrój / 34-700 / ul. Dietla 5                                                                                            |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 18 26 76 300                                                                                                                   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                     |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 379      |                                                                                                                                | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | WIEDECKIE CENTRUM MEDYCZNE - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                           | P                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Libiąż, 32-590, ul. 9 Maja 2                                                                                                   |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 32 62 71 421                                                                                                                   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 356344956                                                                                                                      |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                                | szczenie personelu *    | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Miejskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. Przychodnia nr 1                                                                          |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Libiąż, 32-590, ul. 9 Maja 2                                                                                                   |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 32 750 13 15                                                                                                                   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                     |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                                                | szczenie personelu      | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Miejskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. Przychodnia nr 2                                                                          |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zarki, 32-593, ul. Struga 22                                                                                                   |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 32 750 13 15                                                                                                                   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                     |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 380      |                                                                                                                                | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Izabella Barbara Barczyk Lekarz                                                                                                |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wolbrom, 32-340, ul. Okrzei 14a                                                                                                |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 606483082                                                                                                                      |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 273719165                                                                                                                      |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                                | szczenie personelu *    | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Specjalistyczna Praktyka Lekarska-Chirurgia Izabella Barczyk                                                                   |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wolbrom, 32-340, ul. Słaska Pawilon A                                                                                          |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 606483082                                                                                                                      |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                     |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 381      |                                                                                                                                | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W NAWOJOWIEJ                                                                    |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nawojowa, 33-335, ul. Ogrodowa 12                                                                                              |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 18 44 57 013                                                                                                                   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 492009110                                                                                                                      |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                                | szczenie personelu *    | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nawojowej - punkt Szczepień                                                   |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nawojowa, 33-335, ul. Ogrodowa 12                                                                                              |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 184457013                                                                                                                      |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                     |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 382      |                                                                                                                                | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED SPÓŁKA AKCYJNA                                                                                       |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-195, ul. Żygmunta Stomilskiego 19/524                                                                             |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 223307007                                                                                                                      |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 140802685                                                                                                                      |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                                | szczenie personelu *    | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Oddział Kraków Wadowicka                                                                                                       |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-347, Wadowicka 3A                                                                                                   |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 224340909                                                                                                                      |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                     |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 383      |                                                                                                                                | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNĄ PRACY" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                              |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-586, ul. Centralna 51                                                                                               |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 12 6861664                                                                                                                     |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 350864614                                                                                                                      |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                                | szczenie personelu *    | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Zakład Opieki Zdrowotnej "Medycyna Pracy" Sp. z o.o.                                                                           |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-586, Centralna 51                                                                                                   |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 126861664                                                                                                                      |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                     |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 384      |                                                                                                                                | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | MEDICOVER SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                              |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-807, Al. Aleje Jerozolimskie 98                                                                                   |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 22 592 70 00                                                                                                                   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 012395058                                                                                                                      |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                                | szczenie personelu *    | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | CM Kraków Bora Komorowskiego                                                                                                   |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-476, Bora Komorowskiego 25B                                                                                         |                         |                             |
| telefon/ telefon                                  | 500900500                                                                                                                      |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                     |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                                                | szczenie personelu *    | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | CM Kraków Podgórska Punkt Szczepień                                                                                            |                         | 1                           |

|                                                     |                                                                                                                                                       |                                   |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-536, Podgórska 36                                                                                                                          |                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 500900500                                                                                                                                             |                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                                            |                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                                       |                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                                                                       | <b>szczeniecie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień Centrum Medicover                                                                                                                     |                                   | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-358, ul. Jasnogórska 1                                                                                                                     |                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 500900500                                                                                                                                             |                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 22.04.2021                                                                                                                                            |                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                                       |                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                                                                                       | <b>szczeniecie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień Centrum Medicover                                                                                                                     |                                   | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-015, ul. Świętokrzyska 34                                                                                                                  |                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 500900500                                                                                                                                             |                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 22.04.2021                                                                                                                                            |                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                                       |                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 385</b> |                                                                                                                                                       | <b>szczeniecie personelu</b>      | <b>szczeniecie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | POLMED SPÓŁKA AKCYJNA                                                                                                                                 |                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STAROGARD GDAŃSKI, 83-200, os. Mikołaja Kopernika 21                                                                                                  |                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 58 77 50 919                                                                                                                                          |                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 192110780                                                                                                                                             |                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                                       | <b>szczeniecie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | POLMED SPÓŁKA AKCYJNA                                                                                                                                 |                                   | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-503, LUBICZ 23a                                                                                                                            |                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 122984740                                                                                                                                             |                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                                            |                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                                       |                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 386</b> |                                                                                                                                                       | <b>szczeniecie personelu</b>      | <b>szczeniecie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | UNICARDIA SPECJALISTYCZNE CENTRUM LECZENIA CHOROŚ SERCA I NACZYŃ & UNIMEDICA SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-271, ul. Kluczborska 15/U3                                                                                                                 |                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 517575788                                                                                                                                             |                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 356768082                                                                                                                                             |                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                                       | <b>szczeniecie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | UNICARDIA UNIMEDICA Dygańskiego 2D                                                                                                                    |                                   | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-820, Al. Adolfa Dygańskiego 2d                                                                                                             |                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 606577344                                                                                                                                             |                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                                            |                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                                       |                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 387</b> |                                                                                                                                                       | <b>szczeniecie personelu</b>      | <b>szczeniecie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Robert Roman Weisberger                                                                                                                               |                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WADOWICE, 34-100, ul. Sadowa 19A                                                                                                                      |                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 604050413                                                                                                                                             |                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 708006880                                                                                                                                             |                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                                       | <b>szczeniecie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARSKI ROBERT WEISBERGER                                                                                                                    |                                   | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WADOWICE, 34-100, SADOWA 19A                                                                                                                          |                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 604050413                                                                                                                                             |                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                                            |                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                                       |                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 388</b> |                                                                                                                                                       | <b>szczeniecie personelu</b>      | <b>szczeniecie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SPEC-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                                                      |                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-201, ul. Emaus 7/1                                                                                                                         |                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 12 42 73 325                                                                                                                                          |                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 121052954                                                                                                                                             |                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                                       | <b>szczeniecie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SPEC-MED                                                                                                                                              |                                   | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-201, Emaus 7/1                                                                                                                             |                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 12 42 73 325                                                                                                                                          |                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                                            |                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                                       |                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 389</b> |                                                                                                                                                       | <b>szczeniecie personelu</b>      | <b>szczeniecie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE MULTIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                                     |                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-111, al. Aleja Zygmunta Krasińskiego 9/24B                                                                                                 |                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 14 67 40 400                                                                                                                                          |                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 360616015                                                                                                                                             |                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                                       | <b>szczeniecie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE MULTIMED                                                                                                                             |                                   | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRZEŃSKO, 32-800, Os. Władysława Jagiełły 15                                                                                                          |                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 124640400                                                                                                                                             |                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                                            |                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                                       |                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 390</b> |                                                                                                                                                       | <b>szczeniecie personelu</b>      | <b>szczeniecie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NORTH MEDICAL HOLDING SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ NASZA GRUPA MEDYCZNA SPÓŁKA KOMANDYTOWA                                                 |                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WROCŁAW, 50-456, ul. Dworcowa 118                                                                                                                     |                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 693424008                                                                                                                                             |                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 382992698                                                                                                                                             |                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                                       | <b>szczeniecie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień NASZ GABINET                                                                                                                          |                                   | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-231, Słowna 4/5                                                                                                                            |                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 519775325                                                                                                                                             |                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                                            |                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                                       |                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 391</b> |                                                                                                                                                       | <b>szczeniecie personelu</b>      | <b>szczeniecie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MEDCUBE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                                                       |                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-409, ul. Rurczaj 15C                                                                                                                       |                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 601 95 10 29                                                                                                                                          |                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 122834624                                                                                                                                             |                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                                       | <b>szczeniecie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | MEDCUBE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                                                       |                                   | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-349, Miłkowskiego 9                                                                                                                        |                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 124313585                                                                                                                                             |                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                                            |                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                                       |                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 392</b> |                                                                                                                                                       | <b>szczeniecie personelu</b>      | <b>szczeniecie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | LEGION MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                                                    |                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŚWIĄTNIKI GÓRNE, 32-040, ul. Krakowska 1A                                                                                                             |                                   |                                    |

|                                                     |                                                                               |                                |                             |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| telefon/ telefony:                                  | 12 30 71 877                                                                  |                                |                             |
| identyfikator REGON                                 | 363775547                                                                     |                                |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                               | <b>szczenie personelu</b><br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | LEGION MED                                                                    |                                | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŚWIĄTNIKI GÓRNE, 32-040, Krakowska 1A                                         |                                |                             |
| telefon/ telefony                                   | 123071877                                                                     |                                |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                    |                                |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                               |                                |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 393</b> |                                                                               | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | AST SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                   |                                |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-542, ul. Kazimierza Kordylewskiego 4                               |                                |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 519316845                                                                     |                                |                             |
| identyfikator REGON                                 | 122628511                                                                     |                                |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                               | <b>szczenie personelu</b><br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Ambulatoria Acernis                                                           |                                | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-548, Aleja Pokoju 4                                                |                                |                             |
| telefon/ telefony                                   | 124302208                                                                     |                                |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                    |                                |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                               |                                |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 394</b> |                                                                               | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | RATMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                             |                                |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-708, ul. Stefana Kisielewskiego 26                                 |                                |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 535-333-512                                                                   |                                |                             |
| identyfikator REGON                                 | 121294896                                                                     |                                |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                               | <b>szczenie personelu</b><br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | punkt szczepień Zespół Transportu Medycznego RM1                              |                                | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-334, Komandosów 18                                                 |                                |                             |
| telefon/ telefony                                   | 535333512                                                                     |                                |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                    |                                |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                               |                                |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 395</b> |                                                                               | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | KTYMD SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA              |                                |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-079, Aleja Kijowska 24/LU6                                         |                                |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 577 705 006                                                                   |                                |                             |
| identyfikator REGON                                 | 121148453                                                                     |                                |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                               | <b>szczenie personelu</b><br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Poradnia chorób wewnętrznych                                                  |                                | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZAGÓRZYCE DWORSKIE, 32-091, Kwitnąca 3                                        |                                |                             |
| telefon/ telefony                                   | 691068777                                                                     |                                |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                    |                                |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                               |                                |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 396</b> |                                                                               | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | DELTA SPORT CLINIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                                |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-314, ul. Dworska 18/LU1                                            |                                |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 123522525                                                                     |                                |                             |
| identyfikator REGON                                 | 360548070                                                                     |                                |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                               | <b>szczenie personelu</b><br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Szpital Dworska - Punkt Szczepień                                             |                                | <b>3</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-314, Dworska 18/LU1                                                |                                |                             |
| telefon/ telefony                                   | 123627252                                                                     |                                |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                    |                                |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                               |                                |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 397</b> |                                                                               | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | IZABELA TARCOŃ PRZYJĄDEK ZDROWIA SPECJALISTYCZNE PORADNIE MEDYCZNE            |                                |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-324, ul. Szwedzka 23/7                                             |                                |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 508180797                                                                     |                                |                             |
| identyfikator REGON                                 | 120756825                                                                     |                                |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                               | <b>szczenie personelu</b><br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień                                                               |                                | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-544, Henryka Kamieńskiego 47                                       |                                |                             |
| telefon/ telefony                                   | 570577000                                                                     |                                |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                    |                                |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                               |                                |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 398</b> |                                                                               | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | Solimed Jakub Loster                                                          |                                |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIELICZKA, 32-020, os. Karola Szymanowskiego 6/LU                             |                                |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 516077076                                                                     |                                |                             |
| identyfikator REGON                                 | 120193397                                                                     |                                |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                               | <b>szczenie personelu</b><br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Centrum Szczepień i Medycyny Podróży Solimed                                  |                                | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIELICZKA, 32-020, os. Szymanowskiego 6/LU                                    |                                |                             |
| telefon/ telefony                                   | 516077076                                                                     |                                |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                    |                                |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                               |                                |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 399</b> |                                                                               | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | CFMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                              |                                |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-820, al. Aleja Adolfa Dygasńskiego 2D                              |                                |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 519146247                                                                     |                                |                             |
| identyfikator REGON                                 | 385197234                                                                     |                                |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                               | <b>szczenie personelu</b><br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                                               |                                | <b>2</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-820, Aleja Adolfa Dygasńskiego 2D                                  |                                |                             |
| telefon/ telefony                                   | 519146247                                                                     |                                |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                    |                                |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                               |                                |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 400</b> |                                                                               | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | MIŁOŚĆ WOŹNICZKO                                                              |                                |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WOLBROM, 32-340, ul. Jesionowa 6                                              |                                |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 602608121                                                                     |                                |                             |
| identyfikator REGON                                 | 122511252                                                                     |                                |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                               | <b>szczenie personelu</b><br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Centrum Medyczne                                                              |                                | <b>2</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WOLBROM, 32-340, Krakowska 27                                                 |                                |                             |
| telefon/ telefony                                   | 602608121                                                                     |                                |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                    |                                |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                               |                                |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 401</b> |                                                                               | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | AGNES PALUCHA CENTRUM MEDYCZNE CEGIELNIANA                                    |                                |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-404, ul. Cegielniana 4A                                            |                                |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 12 295 08 09                                                                  |                                |                             |
| identyfikator REGON                                 | 120543325                                                                     |                                |                             |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                         | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | Gabinet Zabiegowy                                                                                       |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-404, Cegielniana 4A                                                                          |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 122950809                                                                                               |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                              |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                         |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 402      |                                                                                                         | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Specjalistyczne Centrum Diagnostyczno-Zabiegowe "Medicina 2000" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-540, ul. Rzeźnicza 2                                                                         |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 12 42 24 106                                                                                            |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 351005474                                                                                               |                    |                             |
|                                                   |                                                                                                         |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                         | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | "Medicina 2000"                                                                                         |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-540, Rzeźnicza 2                                                                             |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 12 42 24 106                                                                                            |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                              |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                         |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 403      |                                                                                                         | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | VM MEDIA SPÓŁKA Z O.O. - VM CARE SPÓŁKA KOMANDYTOWA                                                     |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GDAŃSK, 80-180, ul. Świętokrzyska 73                                                                    |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 583209494                                                                                               |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 22033607                                                                                                |                    |                             |
|                                                   |                                                                                                         |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                         | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej                                                                  |                    | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-348, Bobrzyńskiego 37                                                                        |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 122542244                                                                                               |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                              |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                         |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 404      |                                                                                                         | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | PROGAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                        |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-399, ul. Stanisława Działowskiego 1                                                          |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 12 4467888                                                                                              |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 122894997                                                                                               |                    |                             |
|                                                   |                                                                                                         |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                         | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet zabiegowy                                                                                       |                    | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-399, Leona Petrażyckiego 99                                                                  |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 124467888                                                                                               |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                              |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                         |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 405      |                                                                                                         | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | CARINTART SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                       |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-514, Aleja płk. Władysława Beliny-Prażmowskiego 60                                           |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 126211520                                                                                               |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 122854294                                                                                               |                    |                             |
|                                                   |                                                                                                         |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                         | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | punkt szczepień CARINTART SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                       |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-514, Aleja płk. Władysława Beliny-Prażmowskiego 60                                           |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 787567077                                                                                               |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                              |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                         |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 406      |                                                                                                         | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | SOLMEDICA MATEUSZ POTEMPA                                                                               |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKAWINA, 32-050, ul. ks. Jerzego Popiełuski 17A                                                         |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 694207141                                                                                               |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 385060311                                                                                               |                    |                             |
|                                                   |                                                                                                         |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                         | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ SOLMEDICA GABINETY LEKARSKIE                                                            |                    | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKAWINA, 32-050, Księgta Jerzego Popiełuski 17A                                                         |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | +48694207141                                                                                            |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                              |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                         |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 407      |                                                                                                         | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | KRZYSZTOF KULKA                                                                                         |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MSZANA GÓRNA, 34-733, Mszana Górna 401                                                                  |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 18 331 52 02                                                                                            |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 491958240                                                                                               |                    |                             |
|                                                   |                                                                                                         |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                         | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Ośrodek Zdrowia w Bystrej - Punkt Szczepień                                                             |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bystra Podhalańska, 34-235, Bystra Podhalańska 353a                                                     |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 182681024                                                                                               |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                              |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                         |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                         | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Ośrodek Zdrowia w Mszanie Górnej - Punkt Szczepień                                                      |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MSZANA GÓRNA, 34-733, Mszana Górna 491                                                                  |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 608645579                                                                                               |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                              |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                         |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 408      |                                                                                                         | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | KRZYSZTOF KULKA                                                                                         |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MSZANA GÓRNA, 34-733, Mszana Górna 401                                                                  |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 18 331 52 02                                                                                            |                    |                             |
| identyfikator REGON                               | 491958240                                                                                               |                    |                             |
|                                                   |                                                                                                         |                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                         | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Ośrodek Zdrowia w Bystrej - Punkt Szczepień                                                             |                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bystra Podhalańska, 34-235, Bystra Podhalańska 353a                                                     |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 182681024                                                                                               |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                              |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                         |                    |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 409      |                                                                                                         | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | CARINTART SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                       |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-514, Aleja płk. Władysława Beliny-Prażmowskiego 60                                           |                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 126211520                                                                                               |                    |                             |
|                                                   |                                                                                                         |                    |                             |
|                                                   |                                                                                                         |                    |                             |

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

|                                                     |                                                                 |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                                 | 122854294                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Ośrodek Zdrowia w Zabierzowie                                   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZABIERZÓW, 32-080, ul. Śląska 236                               |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 182681024                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                 | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Budynek Gminny - Punkt Szczepień                                |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BOLECHOWICE, 32-082, ul. Ogrodowa 5                             |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 797275939                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 410</b> |                                                                 | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | QUATTRO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                 |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BOCHNIA, 32-700, ul. Kazimierza Wielkiego 22                    |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 605664115                                                       |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 361275770                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Quattro - Med. Punkt szczepień                                  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BOCHNIA, 32-700, ul. Kazimierza Wielkiego 22                    |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 506591162                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                 | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | MOBILNY PUNKT SZCZEPIEŃ Quattro-med Wieś Niepolomice            |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BOCHNIA, 32-700, ul. Kazimierza Wielkiego 22                    |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 506591162                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 411</b> |                                                                 | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE SKALKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bukowno / 32-332 / ul. Kolejowa 28                              |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 32 611 56 30                                                    |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 122889975                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE SKALKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                | <b>P</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bukowno / 32-332 / ul. Kolejowa 28                              |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 32 611 56 30                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 412</b> |                                                                 | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Serdeczna Troska spółka z ograniczoną odpowiedzialnością        |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków / 31-989 / ul. Rzepakowa 5a                              |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 12 64 08 080                                                    |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 356119834                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Serdeczna Troska spółka z ograniczoną odpowiedzialnością        |                                | <b>P</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków / 31-989 / ul. Rzepakowa 5a                              |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 12 64 08 080                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 413</b> |                                                                 | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Monika Skotarska                                                |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ostrów / 33-122 / Ostrów 137                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 14 67 52 341                                                    |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 852751749                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | <b>szczenie personelu</b>      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Przychodnia Rodzinna Skomed                                     |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ostrów / 33-122 / Ostrów 137                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 146752041                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 414</b> |                                                                 | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA ZDROWIA W GROJCU ALEKSANDER KĘPA SPÓŁKA JAWNA       |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Grojec / 32-615 / ul. Bartłomieja Chowańca 4                    |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 531434284                                                       |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 367979531                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | <b>szczenie personelu</b>      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | WIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA Z JAWNA       |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Grojec / 32-615 / ul. Bartłomieja Chowańca 4                    |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 531434284                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 415</b> |                                                                 | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Halina Łubik-Bachniak                                           |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bulowice / 32-652 / ul. Różana 46                               |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 605403758                                                       |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 070445957                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ Praktyka Lekarza                                           |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bulowice / 32-652 / ul. Różana 46                               |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 605403758                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 416</b> |                                                                 | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Publiczny Samodzielny Ośrodek Zdrowia w Radłowie                |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Radłów / 33-130 / ul. Brzeska 9                                 |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 146782005                                                       |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 851878650                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Publiczny Samodzielny Ośrodek Zdrowia w Radłowie                |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Radłów / 33-130 / ul. Brzeska 9                                 |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 146782005                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 417</b> |                                                                 | <b>szczenie personelu</b>      | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Antoni Hudzik                                                   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków / 31-311 / ul. Murarska 24                               |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 506129126                                                       |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 351517317                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | <b>szczenie personelu</b><br>* | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ Gabinet Lekarza Rodzinnego lek. Med. Antoni Hudzik         |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Węgrce / 32-086 / A10                                           |                                |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 122859457                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                                  |                           |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 418</b> |                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI                                   |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bochnia / 32-700 / ul. Kazimierza Wielkiego 26                                                   |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 14 61 15 630                                                                                     |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 850446373                                                                                        |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gminny Ośrodek Zdrowia w Łapczycu                                                                |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łapczyca / 32-744 / Łapczyca 496                                                                 |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 735015450                                                                                        |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                                       |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                  |                           |                                    |
|                                                     |                                                                                                  |                           | <b>3</b>                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 419</b> |                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Gorczański Ośrodek Medyczny GOR-MED Kaim Spółka Jawna                                            |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Słopnice / 34-615 / Słopnice 1055                                                                |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 183326415                                                                                        |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 122706777                                                                                        |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gorczański Ośrodek Medyczny GOR-MED                                                              |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kamienica / 34-608 / Kamienica 403                                                               |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 183323400                                                                                        |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                                       |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                  |                           |                                    |
|                                                     |                                                                                                  |                           | <b>1</b>                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 420</b> |                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SERCE SERCU" S.C.KATARZYNA SŁONCZYŃSKA,LESZEK GRZYMKOWSKI |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lednica Górna / 32-020 / Lednica Górna 336                                                       |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 501362834                                                                                        |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 120148681                                                                                        |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ SERCE SERCU w Mogilarnach                                                                   |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mogilany / 32-031 / Rynek 4                                                                      |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 122700925                                                                                        |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                                       |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                  |                           |                                    |
|                                                     |                                                                                                  |                           | <b>1</b>                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ SERCE SERCU Filia nr 4                                                                      |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wieliczka / 32-020 / ul. Leśna 1A                                                                |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 123858040                                                                                        |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                                       |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                  |                           |                                    |
|                                                     |                                                                                                  |                           | <b>1</b>                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 421</b> |                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Centrum Medyczne Vadimed Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                 |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków / 31-457 / ul. Fiołkowa 6                                                                 |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 122903139                                                                                        |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357409592                                                                                        |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Centrum Medyczne Vadimed                                                                         |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków / 31-457 / ul. Fiołkowa 6                                                                 |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 122903139                                                                                        |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                                       |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                  |                           |                                    |
|                                                     |                                                                                                  |                           | <b>2</b>                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 422</b> |                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Samodzielny Gminny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Czarnym Dunajcu                        |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Czarny Dunajec / 34-470 / Kamieniec Dolny 55                                                     |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 18 26 57 370                                                                                     |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 491984697                                                                                        |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                  |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Czarny Dunajec / 34-470 / Kamieniec Dolny 55                                                     |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 182657475                                                                                        |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                                       |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                  |                           |                                    |
|                                                     |                                                                                                  |                           | <b>1</b>                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                  |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ciche / 34-407 / Batalów 1c                                                                      |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 182658132                                                                                        |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                                       |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                  |                           |                                    |
|                                                     |                                                                                                  |                           | <b>1</b>                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 423</b> |                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łaskowej                                        |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łaskowa / 34-602 / Łaskowa 428                                                                   |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 18 33 33 009                                                                                     |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 491991036                                                                                        |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łaskowej                                        |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łaskowa / 34-602 / Łaskowa 428                                                                   |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 183333009, 183378800                                                                             |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                                       |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                  |                           |                                    |
|                                                     |                                                                                                  |                           | <b>1</b>                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 424</b> |                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Centermed Kraków Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                         |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków / 31-530 / ul. Św. Łazarza 14                                                             |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 123708200                                                                                        |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 121190290                                                                                        |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Centermed Kraków Sp. z o.o.                                                                      |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków / 31-530 / ul. Św. Łazarza 14                                                             |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 123708200                                                                                        |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                                       |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                  |                           |                                    |
|                                                     |                                                                                                  |                           | <b>1</b>                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 425</b> |                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Prosper Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                  |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków / 31-036 / ul. Halicka 10                                                                 |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 122627878                                                                                        |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 122671731                                                                                        |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                                                                  |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Niepolomice / 32-005 / ul. Tadeusza Kościuszki 28a                                               |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 122500787                                                                                        |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                                       |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                  |                           |                                    |
|                                                     |                                                                                                  |                           | <b>1</b>                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 426</b> |                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Vaxmed Stelmasek Paweł, Jakub Grabski spółka cywilna                                             |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa / 02-993 / ul. Brzudowa 100F/10                                                         |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 704365248                                                                                        |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 388216140                                                                                        |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Vaxmed Punkt szczepień - Przychodnia Skymedic                                                    |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków / 31-875 / os. Dąwizjono 303 62b                                                          |                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 88221413                                                                                         |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 29.03.2021                                                                                       |                           |                                    |
|                                                     |                                                                                                  |                           | <b>1</b>                           |

|                                                     |                                                                                                                                      |                           |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 427</b> |                                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Michał Matura Niepolomickie Centrum Profilaktyczno-Lecznicze                                                                         |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Niepolomice / 32-005 / ul. Stefana Batorego 41C                                                                                      |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 721621521                                                                                                                            |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 356878356                                                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NCPL filia Batorego 57A                                                                                                              |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Niepolomice / 32-005 / ul. Stefana Batorego 57A                                                                                      |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 724824924                                                                                                                            |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 16.04.2021                                                                                                                           |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 428</b> |                                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Leokadia Osuch                                                                                                                       |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-146, ul. Długa 38/219                                                                                                     |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 606530181                                                                                                                            |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 356740385                                                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ Derm Centrum                                                                                                                    |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-146, ul. Długa 38/218                                                                                                     |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 122920606                                                                                                                            |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 16.04.2021                                                                                                                           |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ Derm Centrum BIS                                                                                                                |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OKULSKA, 32-200, ul. Skwer 6                                                                                                         |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 326450051                                                                                                                            |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 16.04.2021                                                                                                                           |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 429</b> |                                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | TWOJE ZDROWIE SPÓŁKA AKCYJNA                                                                                                         |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KATOWICE, 40-507, ul. Francuska 98A/42                                                                                               |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 516125528                                                                                                                            |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 362471638                                                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | TWOJE ZDROWIE SA                                                                                                                     |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Żółkiewskiego 13                                                                                              |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 574988666                                                                                                                            |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 16.04.2021                                                                                                                           |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 430</b> |                                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE MASZACHABA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                                  |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-202, ul. Prądnicka 50A                                                                                                    |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 126237069                                                                                                                            |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 356819394                                                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE MASZACHABA                                                                                                          |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-202, ul. Prądnicka 50A                                                                                                    |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 126237069                                                                                                                            |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 16.04.2021                                                                                                                           |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 431</b> |                                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Bogdan Kryżka                                                                                                                        |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Tłoki 9A                                                                                                      |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 501348814                                                                                                                            |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 120672011                                                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej HIPOKRATES gabinet zabiegowy POZ                                                               |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OCHOTNICA DOLNA, 34-452, Hologówka 180A                                                                                              |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 185428678                                                                                                                            |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 16.04.2021                                                                                                                           |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 432</b> |                                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA MEDYCYNĄ POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                  |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-530, ul. Św. Łazarza 14                                                                                                   |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 517734137                                                                                                                            |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 351486408                                                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Filia numer 1 Przychodnia Medycyna Polska Sp. z o.o.                                                                                 |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-589, ul. Sołtysowska 35A                                                                                                  |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 123120705                                                                                                                            |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 16.04.2021                                                                                                                           |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 433</b> |                                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | PPUH HABA-MED HANNA BROMBOSZCZ-ŚLUSARCZYK, WOJCIECH B                                                                                |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TRZEBINIA, 32-540, ul. Wiśniowa 14                                                                                                   |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 322109445                                                                                                                            |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 356392671                                                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM ZDROWIA HABA-MED.                                                                                                            |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TRZEBINIA, 32-540, ul. Wiśniowa 14                                                                                                   |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 322109445                                                                                                                            |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 16.04.2021                                                                                                                           |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 434</b> |                                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niezależnych w Krakowie                                |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-663, ul. Wielicka 267                                                                                                     |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 539974001                                                                                                                            |                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 351239953                                                                                                                            |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powaszcznych - Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niezależnych w Krakowie |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-663, ul. Wielicka 267                                                                                                     |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    | 124467500                                                                                                                            |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 21.04.2021                                                                                                                           |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powaszcznych - Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niezależnych w Krakowie |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-084, ul. Podchorążych 3                                                                                                   |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    |                                                                                                                                      |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 21.04.2021                                                                                                                           |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                      |                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powaszcznych - Tauron Arena Kraków                                                                                   |                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-571, ul. Stanisława Lema 7                                                                                                |                           |                                    |
| telefon/ telefon                                    |                                                                                                                                      |                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 21.04.2021                                                                                                                           |                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                      |                           |                                    |



|                                                   |                                                                                    |                         |                             |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 435      |                                                                                    | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej Adrian Karasiewicz                                |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PROSZOWICE, 32-100, ul. Parkowa 10                                                 |                         |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 608583552                                                                          |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 120949895                                                                          |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                    | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień Powszechnych - Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej Adrian Karasiewicz |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PROSZOWICE, 32-100, ul. Parkowa 10                                                 |                         |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 889468258                                                                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 22.04.2021                                                                         |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                    |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 436      |                                                                                    | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Krzysztof Ślusarczyk Liberlandum Ratownictwo Medyczne                              |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 32-698, ul. Merkusza Polskiego 35                                          |                         |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 500498338                                                                          |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 362480815                                                                          |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                    | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień Powszechnych - WIELICZKA SOLNE MIASTO                              |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIELICZKA, 32-020, ul. Kościuszki 15                                               |                         |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 514784509                                                                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 22.04.2021                                                                         |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                    |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 437      |                                                                                    | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Mateusz Sobczak FIRMA USŁUGOWO - HANDLOWA "DIAGNOZA"                               |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JAWORZNO, 43-600, ul. Damentowa 8/22                                               |                         |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 531166475                                                                          |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 241840124                                                                          |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                    | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień Powszechnych - Hala sportowa                                       |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSLIENIEC, 32-400, ul. Żółtowa 9                                                  |                         |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 124460750                                                                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 23.04.2021                                                                         |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                    |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 438      |                                                                                    | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | NEUROCENTRUM MERTA SPÓŁKA JAWNA                                                    |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JAROSZOWICE, 34-100, Jarosławice 7                                                 |                         |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 338235656                                                                          |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 123004994                                                                          |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                    | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień Powszechnych - Dom Kultury                                         |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WADOWICE, 34-100, ul. Teatralna 1                                                  |                         |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 573549208                                                                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 26.04.2021                                                                         |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                    |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 439      |                                                                                    | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | BIAŁY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                      |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STARA WIEŚ, 34-600, Stara Wieś 668                                                 |                         |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 694046042                                                                          |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 123143891                                                                          |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                    | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień Powszechnych - LIMANOWSKI DOM KULTURY                              |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIMANOWA, 34-600, ul. Bronisława Czecha 4                                          |                         |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 790203105                                                                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 26.04.2021                                                                         |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                    |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 440      |                                                                                    | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Ewa Olchówka                                                                       |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŚWIECIM, 32-600, ul. Bolesława Chrobrego 8/2                                      |                         |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 501321608                                                                          |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 120151134                                                                          |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                    | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | ATMA RESCUERS Były dworzec PKS                                                     |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSWIECIM, 32-600, ul. Chemiczów 1                                                  |                         |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 572330741                                                                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 27.04.2021                                                                         |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                    |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 441      |                                                                                    | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | GENESMANAGER SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                               |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-038, ul. Starowiślna 23/8A                                              |                         |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 573126589                                                                          |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 385200462                                                                          |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                    | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Centrum Medyczne Skymedic                                                          |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-875, os. Dąbrowskiego 303 62B                                           |                         |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 530520840                                                                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 27.04.2021                                                                         |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                    |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 442      |                                                                                    | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | OŚRODEK MEDYCZNY "OSTEOMED" S.C. MIROSŁAW SZLACHCIC, EWA SZLACHCIC                 |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-074, ul. Kazimierza Wielkiego 57/IV                                     |                         |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 609181778                                                                          |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 350805497                                                                          |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                    | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Ośrodek Medyczny Osteomed s.c. Mirosław Szlachcic, Ewa Szlachcic                   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-074, ul. Kazimierza Wielkiego 57/IV                                     |                         |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 605881068                                                                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 27.04.2021                                                                         |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                    |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 443      |                                                                                    | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | MEDIKAMA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGRZEC, 32-086, ul. Forteczna 12a                                                 |                         |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 668660830                                                                          |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 361068159                                                                          |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                    | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień Powszechnych - Medikama                                            |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGRZEC, 32-086, ul. Forteczna 12a                                                 |                         |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 539914000                                                                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.04.2021                                                                         |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                    |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 444      |                                                                                    | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | Centrum Medyczne "Kacik" Teodozja Kuligowska-Żak                                   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ANDRYCHÓW, 34-120, Rynek 26a                                                       |                         |                             |
| telefon/ telefon:                                 | 338703301                                                                          |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 851746261                                                                          |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                    | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień Powszechnych - Miejski Dom Kultury w Andrychowie                   |                         |                             |
|                                                   |                                                                                    |                         | 4                           |

|                                                   |                                                    |                         |                             |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ANDRYCHÓW, 34-120, ul. Szewska 7                   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 518314202                                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 29.04.2021                                         |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                    |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 445      |                                                    | szczenie personelu      | szczenie populacyjne        |
| nazwa:                                            | VITO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GLIWICE, 44-100, ul. Radłowa 2                     |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 323029810                                          |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 240133028                                          |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                    | szczenie personelu<br>* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień Powszechnych - VITO-MED SP Z O. O. |                         | 6                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKAWINA, 32-050, ul. Żwirki i Wigury 17            |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 327436060                                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 10.05.2021                                         |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                    |                         |                             |

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

**COVID-19**

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1</b>                                                 |                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| nazwa:                                                                                            | MIŁOSZ WOŹNICZKO                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                 | WOLBROM, 32-340, ul. Jesionowa 6 |
| telefon/ telefony:                                                                                | 602608121                        |
| identyfikator REGON                                                                               | 122511252                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)</b>                                                    | <b>liczba zespołów</b>           |
| obszar działania:                                                                                 |                                  |
| MAŁOPOLSKA ZACHODNIA<br>Zespół wyjazdowy - Mobilny Punkt Szczepień Centrum<br>Medyczne            | 3                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 (obszar)</b>                                                    | <b>liczba zespołów</b>           |
| obszar działania:                                                                                 |                                  |
| KRAKOWSKI OBSZAR METROPOLITALNY<br>Zespół wyjazdowy - Mobilny Punkt Szczepień Centrum<br>Medyczne | 2                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 (obszar)</b>                                                    | <b>liczba zespołów</b>           |
| obszar działania:                                                                                 |                                  |
| SĄDECKI<br>Zespół wyjazdowy - Mobilny Punkt Szczepień Centrum<br>Medyczne                         | 2                                |

|                                                                                                                                 |                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2</b>                                                                               |                                                                        |
| nazwa:                                                                                                                          | KRAKOWSKIE POGOTOWIE RATUNKOWE                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                                               | KRAKÓW, 31-530, ul. Św. Łazarza 14                                     |
| telefon/ telefony:                                                                                                              | 124244272                                                              |
| identyfikator REGON                                                                                                             | 351564854                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)</b>                                                                                  | <b>liczba zespołów</b>                                                 |
| obszar działania:                                                                                                               |                                                                        |
| KRAKOWSKI OBSZAR MERTOPOLITALNY<br>Zespół wyjazdowy - Mobilny Punkt Szczepień Krakowskie<br>Pogotowie Ratunkowe -               | 1                                                                      |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3</b>                                                                               |                                                                        |
| nazwa:                                                                                                                          | PODHALAŃSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM.<br>JANA PAWŁA II W NOWYM TARGU |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                                               | NOWY TARG, 34-400, ul. Szpitalna 14                                    |
| telefon/ telefony:                                                                                                              | 182633031                                                              |
| identyfikator REGON                                                                                                             | 000308324                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)</b>                                                                                  | <b>liczba zespołów</b>                                                 |
| obszar działania:                                                                                                               |                                                                        |
| PODHALAŃSKI<br>Zespół wyjazdowy - Mobilny Punkt SzczepieńPodhalański<br>Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu | 1                                                                      |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</b>                                                                               |                                                                        |
| nazwa:                                                                                                                          | FORMED SPÓŁKA CYWILNA                                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                                               | WADOWICE, 34-100, ul. Krasińskiego 9A/1                                |

|                                                                                                                                |                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                                                                                             | 531434284                                  |
| identyfikator REGON                                                                                                            | 122937318                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)</b>                                                                                 | <b>liczba zespołów</b>                     |
| obszar działania:                                                                                                              |                                            |
| TARNOWSKI<br>Zespół wyjazdowy - Mobilny Punkt Szczepień Podhalański<br>Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu | 1                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5</b>                                                                              |                                            |
| nazwa:                                                                                                                         | VITALIS NOWAK I ŻURAKOWSKI SPÓŁKA<br>JAWNA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                                                              | TRZEBINIA, 32-540, ul. Kopernika 25        |
| telefon/ telefony:                                                                                                             | 326200293                                  |
| identyfikator REGON                                                                                                            | 121378220                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)</b>                                                                                 | <b>liczba zespołów</b>                     |
| obszar działania:                                                                                                              |                                            |
| MAŁOPOLSKA ZACHODNIA<br>Zespół wyjazdowy - Mobilny Punkt Szczepień Vitalis Sp.J. -<br>Małopolska Zachodnia                     | 1                                          |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1                          |                                                                      |                 |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19 | Zaszczepienie osób z przewlekłą niewydolnością nerek w stacji dializ |                 |
| nazwa:                                                              | DIAVERUM POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ              |                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                   | WARSZAWA, 04-769, ul. Cylichowska 13/5                               |                 |
| telefon/ telefony:                                                  | 225160600                                                            |                 |
| identyfikator REGON                                                 | 140878910                                                            |                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                                      |                                                                      | liczba zespołów |
| nazwa:                                                              | STACJA DIALIZ                                                        | 1               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                   | KRAKÓW, 31-908, os. Młodości 11                                      |                 |
| telefon/ telefony                                                   | 126866077                                                            |                 |
| Data dodania do wykazu                                              | 09.03.2021                                                           |                 |
| Data wykreślenia z wykazu                                           |                                                                      |                 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2                          |                                                                      |                 |
| Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19 | Zaszczepienie osób z przewlekłą niewydolnością nerek w stacji dializ |                 |
| nazwa:                                                              | FRESENIUS NEPHROCARE POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                   | Poznań, 60-118, ul. Krzywa 13                                        |                 |
| telefon/ telefony:                                                  | 61 83 92 662                                                         |                 |
| identyfikator REGON                                                 | 634254014                                                            |                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                                      |                                                                      | liczba zespołów |
| nazwa:                                                              | STACJA DIALIZ                                                        | 1               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                   | Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1                           |                 |
| telefon/ telefony                                                   | 146410050                                                            |                 |
| Data dodania do wykazu                                              | 09.03.2021                                                           |                 |
| Data wykreślenia z wykazu                                           |                                                                      |                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                                      |                                                                      | liczba zespołów |
| nazwa:                                                              | STACJA DIALIZ                                                        | 1               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                   | Gorlice, 38-300, ul. Węgierska 21                                    |                 |
| telefon/ telefony                                                   | 183513686                                                            |                 |
| Data dodania do wykazu                                              | 09.03.2021                                                           |                 |
| Data wykreślenia z wykazu                                           |                                                                      |                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                                      |                                                                      | liczba zespołów |
| nazwa:                                                              | STACJA DIALIZ                                                        | 1               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                   | Kraków, 31-826, os. Złotej Jesieni 1                                 |                 |
| telefon/ telefony                                                   | 126424900                                                            |                 |
| Data dodania do wykazu                                              | 09.03.2021                                                           |                 |
| Data wykreślenia z wykazu                                           |                                                                      |                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                                      |                                                                      | liczba zespołów |
| nazwa:                                                              | STACJA DIALIZ                                                        | 1               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                   | Limanowa, 34-600, ul. Piłsudskiego 61                                |                 |
| telefon/ telefony                                                   | 183301990                                                            |                 |
| Data dodania do wykazu                                              | 09.03.2021                                                           |                 |
| Data wykreślenia z wykazu                                           |                                                                      |                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 5                                      |                                                                      | liczba zespołów |
| nazwa:                                                              | STACJA DIALIZ                                                        | 1               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                   | Myślenice, 32-400, ul. Szpitalna 2                                   |                 |
| telefon/ telefony                                                   | 123728040                                                            |                 |
| Data dodania do wykazu                                              | 09.03.2021                                                           |                 |
| Data wykreślenia z wykazu                                           |                                                                      |                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 6                                      |                                                                      | liczba zespołów |
| nazwa:                                                              | STACJA DIALIZ                                                        | 1               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                   | Nowy Sącz, 33-300, ul. Młyńska 5                                     |                 |
| telefon/ telefony                                                   | 184156059                                                            |                 |
| Data dodania do wykazu                                              | 09.03.2021                                                           |                 |
| Data wykreślenia z wykazu                                           |                                                                      |                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 7                                      |                                                                      | liczba zespołów |
| nazwa:                                                              | STACJA DIALIZ                                                        | 1               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                   | Nowy Targ, 34-400, ul. Szpitalna 14                                  |                 |
| telefon/ telefony                                                   | 182611782                                                            |                 |
| Data dodania do wykazu                                              | 09.03.2021                                                           |                 |
| Data wykreślenia z wykazu                                           |                                                                      |                 |

| Miejsce udzielania świadczeń 8                                             |                                                                                        | liczba zespołów |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| nazwa:                                                                     | STACJA DIALIZ                                                                          | 1               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                          | Oświęcim, 32-600, ul. Chemików 5                                                       |                 |
| telefon/ telefony                                                          | 33 842 96 00                                                                           |                 |
| Data dodania do wykazu                                                     | 09.03.2021                                                                             |                 |
| Data wykreślenia z wykazu                                                  |                                                                                        |                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 9                                             |                                                                                        | liczba zespołów |
| nazwa:                                                                     | STACJA DIALIZ                                                                          | 1               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                          | Proszowice, 32-100, ul. Szpitalna 9                                                    |                 |
| telefon/ telefony                                                          | 781444105                                                                              |                 |
| Data dodania do wykazu                                                     | 09.03.2021                                                                             |                 |
| Data wykreślenia z wykazu                                                  |                                                                                        |                 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3                                 |                                                                                        |                 |
| <b>Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19</b> | Zaszczepienie osób z przewlekłą niewydolnością nerek w stacji dializ                   |                 |
| nazwa:                                                                     | DAVITA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                         |                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                          | Wrocław, 54-202, ul. Legnicka 48 BUD F                                                 |                 |
| telefon/ telefony:                                                         | 71 342 98 50                                                                           |                 |
| identyfikator REGON                                                        | 145884498                                                                              |                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                                             |                                                                                        | liczba zespołów |
| nazwa:                                                                     | STACJA DIALIZ BRZESKO                                                                  | 1               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                          | Brzesko, 32-800, ul. TADEUSZA KOŚCIUSZKI 33                                            |                 |
| telefon/ telefony                                                          | 146347244                                                                              |                 |
| Data dodania do wykazu                                                     | 09.03.2021                                                                             |                 |
| Data wykreślenia z wykazu                                                  |                                                                                        |                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                                             |                                                                                        | liczba zespołów |
| nazwa:                                                                     | STACJA DIALIZ ZAKOPANE                                                                 | 1               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                          | Zakopane, 34-500, ul. Oswalda Balzera 15                                               |                 |
| telefon/ telefony                                                          | 185310030                                                                              |                 |
| Data dodania do wykazu                                                     | 09.03.2021                                                                             |                 |
| Data wykreślenia z wykazu                                                  |                                                                                        |                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                                             |                                                                                        | liczba zespołów |
| nazwa:                                                                     | STACJA DIALIZ WADOWICE                                                                 | 1               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                          | Wadowice, 34-100, ul. Słowackiego 9                                                    |                 |
| telefon/ telefony                                                          | 334721058                                                                              |                 |
| Data dodania do wykazu                                                     | 09.03.2021                                                                             |                 |
| Data wykreślenia z wykazu                                                  |                                                                                        |                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                                             |                                                                                        | liczba zespołów |
| nazwa:                                                                     | STACJA DIALIZ OLKUSZ                                                                   | 1               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                          | Olkusz, 32-300, ul. Stefana Buchowieckiego 15a                                         |                 |
| telefon/ telefony                                                          | 326614930                                                                              |                 |
| Data dodania do wykazu                                                     | 12.03.2021                                                                             |                 |
| Data wykreślenia z wykazu                                                  |                                                                                        |                 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4                                 |                                                                                        |                 |
| <b>Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19</b> | Zaszczepienie osób z chorobami onkologicznymi                                          |                 |
| nazwa:                                                                     | NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE -                             |                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                          | Warszawa, 02-781, ul. Wihelma Konrada Roentgena 5                                      |                 |
| telefon/ telefony:                                                         | 225462214                                                                              |                 |
| identyfikator REGON                                                        | 000288366                                                                              |                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                                             |                                                                                        | liczba zespołów |
| nazwa:                                                                     | NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - PAŃSTWOWY INSTYTUT BADAWCZY | 1               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                          | Kraków, 31-115, ul. Garncarska 11                                                      |                 |
| telefon/ telefony                                                          | 126 348 000                                                                            |                 |
| Data dodania do wykazu                                                     | 12.03.2021                                                                             |                 |
| Data wykreślenia z wykazu                                                  |                                                                                        |                 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5                                 |                                                                                        |                 |
| <b>Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19</b> | Zaszczepienie służb mundurowych                                                        |                 |
| nazwa:                                                                     | Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej                                                      |                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                          | Warszawa, 02-652, ul. Samochodowa 5                                                    |                 |
| telefon/ telefony:                                                         | 225856265                                                                              |                 |
| identyfikator REGON                                                        | 146394164                                                                              |                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                                             |                                                                                        | liczba zespołów |
| nazwa:                                                                     | Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej                                                      | 1               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                          | Kraków, 31-571, ul. Mogińska 109                                                       |                 |
| telefon/ telefony                                                          | 122 543 315                                                                            |                 |
| Data dodania do wykazu                                                     | 26.03.2021                                                                             |                 |

|                                                                     |                                                             |                 |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------|
| Data wykreślenia z wykazu                                           |                                                             |                 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6                          |                                                             |                 |
| Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19 | Zaszczepienie służb mundurowych                             |                 |
| nazwa:                                                              | KARPACKI ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ Z SIEDZIBĄ W NOWYM SĄCZU |                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                   | Nowy Sącz, 33-300, ul. Strzelców Podhalańskich 5            |                 |
| telefon/ telefony:                                                  | 184153002                                                   |                 |
| identyfikator REGON                                                 | 364454414                                                   |                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                                      |                                                             | liczba zespołów |
| nazwa:                                                              | Służba Zdrowia Karpackiego Oddziału SG w Nowym Sączu        | 1               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                   | Nowy Sącz, 33-300, ul. Strzelców Podhalańskich 5            |                 |
| telefon/ telefony                                                   | 18 415 30 67                                                |                 |
| Data dodania do wykazu                                              | 29.03.2021                                                  |                 |
| Data wykreślenia z wykazu                                           |                                                             |                 |



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

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą</b>                                                                                                                                                | <b>rodzaj i zakres realizowanych świadczeń</b>                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                | <b>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń</b> |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK w zakresie hemodializoterapia                                       | X                                                                     |
| Data dodania do wykazu                                                                                                                                                                         | 09.03.2021                                                            |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                                                                                                                      |                                                                       |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK w zakresie hemodializoterapia - z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru | X                                                                     |
| Data dodania do wykazu                                                                                                                                                                         | 09.03.2021                                                            |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                                                                                                                      |                                                                       |

| Wykaz podmiotów udzielających świadczenie Dodatkowy koszt pobytu pacjenta COVID-19 niezawarty w kosztach JGP                              |                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą                                                                                                  | rodzaj i zakres realizowanych świadczeń                        |
|                                                                                                                                           | świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej  | X                                                              |
| Data dodania do wykazu                                                                                                                    | 23.03.2021 r.                                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                                                                 |                                                                |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń leczenie szpitalne | X                                                              |
| Data dodania do wykazu                                                                                                                    | 23.03.2021 r.                                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                                                                 |                                                                |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1        |                                                                                                 | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| nazwa:                                            | Śląskie Centrum Rehabilitacyjno - Uzdrowiskowe im. dr Adama Szebesty w Rabce-Zdroju Sp. z o. o. |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rabka-Zdrój, 34-700, ul. Dietla 5                                                               |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefonny:                               | +48 18 267 63 00                                                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               | 000297951                                                                                       |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                 | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | Śląskie Centrum Rehabilitacyjno - Uzdrowiskowe im. dr Adama Szebesty w Rabce-Zdroju Sp. z o. o. |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rabka-Zdrój, 34-700, ul. Dietla 5                                                               |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefonny:                               | +48 18 267 63 00                                                                                |                                     | X                                                                       |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2021                                                                                      |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2        |                                                                                                 | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im.dr S. Jasińskiego w Zakopanem                             |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zakopane, 34-500, ul. Ciągłówka 9                                                               |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefonny:                               | +48 18 206 80 66                                                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               | 000295449                                                                                       |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                 | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im.dr S. Jasińskiego w Zakopanem                             |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zakopane, 34-500, ul. Ciągłówka 9                                                               |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefonny                                | (18) 206 80 66 / (18) 202 68 45                                                                 |                                     | X                                                                       | X                                                                     |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2021                                                                                      |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3        |                                                                                                 | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym w Stróżach                                              |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stróże, 33-331, Stróże 413                                                                      |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefonny:                               | +48 18 445 43 41                                                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               | 491860140                                                                                       |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                 | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym w Stróżach                                              |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stróże, 33-331, Stróże 735                                                                      |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefonny                                | +48 18 445 43 41                                                                                |                                     | X                                                                       |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2021                                                                                      |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4        |                                                                                                 | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Franczuka                   |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 30-224, al. Modrzewiowa 22                                                              |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefonny:                               | 12 44 67 816                                                                                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               | 351194736                                                                                       |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                 | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Franczuka                   |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 30-224, al. Modrzewiowa 22                                                              |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefonny                                | 12 44 67 816                                                                                    |                                     | X                                                                       |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2021                                                                                      |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                 | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | MAŁOPOLSKI SZPITAL ORTOPEDYCZNO-REHABILITACYJNY IM. PROF. BOGUSŁAWA FRANCZUKA                   |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 30-213 / ul. Emaus 18                                                                  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefonny                                | +48 12 428 73 04                                                                                |                                     |                                                                         | X                                                                     |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 14.05.2021                                                                                      |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5        |                                                                                                 | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | Szpital Powiatowy w Chrzanowie                                                                  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chrzanów, 32-500, ul. Topolowa 16,                                                              |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefonny:                               | +48 32 624 70 00                                                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               | 000310108                                                                                       |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                 | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | Szpital Powiatowy w Chrzanowie                                                                  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chrzanów, 32-500, ul. Topolowa 16,                                                              |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefonny                                | 48 32 624 74 75                                                                                 |                                     | X                                                                       | X                                                                     |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2021 (stacjonarna) 14.05.2021 (ambulatoryjna)                                             |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6        |                                                                                                 | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | "Uzdrowisko Rabka" Spółka Akcyjna                                                               |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rabka-Zdrój, 34-700, ul. Orkana 49,                                                             |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefonny:                               | +48 18 267 60 20                                                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               | 491971074                                                                                       |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                 | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |

|                                                   |                                                                                                                                             |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| nazwa:                                            | "Uzdrowisko Rabka" Spółka Akcyjna                                                                                                           |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rabka-Zdrój, 34-700, ul. Jordana 2,                                                                                                         |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | +48 18 267 60 20                                                                                                                            |                                     | X                                                                       |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2021                                                                                                                                  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                             |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                                                             | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | UZDROWISKO RABKA SPÓŁKA AKCYJNA<br>Oddział chorób układu oddechowego i krążenia ("Rabczański Zdrój")<br>Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 34-700 Rabka-Zdrój ul. Rostoki 7                                                                                                            | X                                   |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | 18 267 72 46                                                                                                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2021                                                                                                                                  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                             |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                                                                                             | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | UZDROWISKO RABKA SPÓŁKA AKCYJNA<br>Oddział chorób układu oddechowego i krążenia ("Olszówka" Pawilon A),<br>Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 34-700 Rabka-Zdrój ul. Słowackiego 8                                                                                                        | X                                   |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | 18 267 72 46                                                                                                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2021                                                                                                                                  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                             |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                                                                                                             | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | UZDROWISKO RABKA SPÓŁKA AKCYJNA<br>Oddział ogólny Oddział uzdrowiskowy szpitalny dla dzieci ("Olszówka")                                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 34-700 Rabka-Zdrój ul. Słowackiego 8                                                                                                        | X                                   |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | 18 267 72 46                                                                                                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2021                                                                                                                                  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                             |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 5                    |                                                                                                                                             | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | UZDROWISKO RABKA SPÓŁKA AKCYJNA<br>Oddział Kardiologiczny Uzdrowiskowy Oddział uzdrowiskowy szpitalny                                       |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 34-700 Rabka-Zdrój ul. Jordana 2                                                                                                            | X                                   |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | 18 267 72 46                                                                                                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2021                                                                                                                                  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                             |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 6                    |                                                                                                                                             | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | UZDROWISKO RABKA SPÓŁKA AKCYJNA                                                                                                             |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rabka-Zdrój, 34-700, ul. Orkana 49,                                                                                                         |                                     |                                                                         | X                                                                     |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | 18 267 72 46                                                                                                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 01.06.2021                                                                                                                                  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                             |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7        |                                                                                                                                             | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | NZOZ RehStab                                                                                                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Limanowa, 34-600, ul. Józefa Piłsudskiego 61                                                                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | +48 18 471 35 95                                                                                                                            |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               | 491872136                                                                                                                                   |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                                             | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | NZOZ RehStab                                                                                                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Limanowa, 34-600, ul. Józefa Piłsudskiego 53,                                                                                               |                                     | X                                                                       |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | +48 18 471 35 95                                                                                                                            |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2021                                                                                                                                  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                             |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8        |                                                                                                                                             | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | Ośrodek Rehabilitacji Narządu Ruchu "Krzyszowice" SPZOZ                                                                                     |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krzyszowice, 32-065, ul. I. Daszyńskiego 1                                                                                                  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | +48 12 28 20 022                                                                                                                            |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               | 357001394                                                                                                                                   |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                                             | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | Ośrodek Rehabilitacji Narządu Ruchu "Krzyszowice" SPZOZ                                                                                     |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krzyszowice, 32-065, ul. I. Daszyńskiego 1                                                                                                  |                                     | X                                                                       |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | +48 12 28 20 022                                                                                                                            |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2021                                                                                                                                  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                             |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9        |                                                                                                                                             | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im.św. Ludwika w Krakowie                                                                      |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 31-503 KRAKÓW, ul. Strzelecka 2                                                                                                     |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | +48 12 619 86 00                                                                                                                            |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               | 298583                                                                                                                                      |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                                             | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im.św. Ludwika w Krakowie                                                                      |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radziszów, 32-052 Radziszów, ul. Podlesie 173                                                                                               |                                     | X                                                                       |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | +48 12 619 86 00                                                                                                                            |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2021                                                                                                                                  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                             |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10       |                                                                                                                                             | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. E. SZCZĘKLIKA W TARNOWIE                                                                                        |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |

|                                                    |                                                                                                                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Tarnów, 33-100 Tarnów, ul. Szpitalna 13                                                                                                                         |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon                                   | +48 14 631 01 00                                                                                                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 313408                                                                                                                                                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                                                 | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. E. SZCZĘKLIKĄ W TARNOWIE                                                                                                            |                                             | x                                                                                |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Tarnów, 33-100 Tarnów, ul. Szpitalna 13                                                                                                                         |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon                                   | +48 14 631 01 00                                                                                                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 20.04.2021                                                                                                                                                      |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11</b> |                                                                                                                                                                 | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | ALFA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA                                                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Krynica - Zdrój, 33-380 Krynica-Zdrój; ul. Władysława Reymonta 21,                                                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon                                   | 696-635-726.                                                                                                                                                    |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 120540456                                                                                                                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                                                 | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | ALFA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA                                                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Krynica - Zdrój, 33-380 Krynica-Zdrój; ul. Władysława Reymonta 21,                                                                                              |                                             | x                                                                                | x                                                                               | x                                                                        |
| telefon/ telefon                                   | 696-635-726.                                                                                                                                                    |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 20.04.2021 (stacjonarna) 14.05.2021 (ambulatoryjna oraz domowa)                                                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12</b> |                                                                                                                                                                 | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | "UZDROWISKO KRYNICA-ŻĘGIESTÓW" SPÓŁKA AKCYJNA                                                                                                                   |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 33-380 KRYNICA-ZDRÓJ, Aleja inż. Nowotarskiego 9/4, 33-380 KRYNICA-ZDRÓJ                                                                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon                                   | 18 471 23 95                                                                                                                                                    |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 491900275                                                                                                                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                                                 | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | "UZDROWISKO KRYNICA-ŻĘGIESTÓW" SPÓŁKA AKCYJNA -<br>Sanatorium Uzdrowiskowe Stary Dom Zdrojowy Oddział uzdrowiskowy<br>sanatoryjny                               | x                                           |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 33-380 KRYNICA-ZDRÓJ, Aleja inż. Nowotarskiego 9/4, 33-380 KRYNICA-ZDRÓJ                                                                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon                                   | 18 471 23 95                                                                                                                                                    |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 20.04.2021                                                                                                                                                      |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 27.04.2021                                                                                                                                                      |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13</b> |                                                                                                                                                                 | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | SANATORIUM UZDROWISKOWE "DZWONKÓWKA" SPÓŁDZIELNIA PRACY W<br>SZCZAWNICY                                                                                         |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 34-450 Szczawnica, ul. Poloniny 14a,                                                                                                                            |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon                                   | 18 262 20 98                                                                                                                                                    |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 004419003                                                                                                                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                                                 | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | SANATORIUM UZDROWISKOWE "DZWONKÓWKA" SPÓŁDZIELNIA PRACY<br>Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny                                                                     | x                                           |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 34-450 Szczawnica, ul. Poloniny 14a,                                                                                                                            |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon                                   | 18 262 20 98                                                                                                                                                    |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 20.04.2021                                                                                                                                                      |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14</b> |                                                                                                                                                                 | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | Instytut Zdrowia Człowieka Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością                                                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 00-526 WARSZAWA, ul. Krucza 16/22,                                                                                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon                                   | 18 471 42 05                                                                                                                                                    |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 491882620                                                                                                                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                                                 | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MUSZYNA" CENTRUM<br>REHABILITACJI I PROFILAKTYKI<br>SANATORIUM UZDROWISKOWE "WYSOWA" Oddział uzdrowiskowy<br>sanatoryjny | x                                           |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 38-316 Wysowa Zdrój, Wysowa zdroj 95                                                                                                                            |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon                                   | 18 353 23 36                                                                                                                                                    |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 20.04.2021                                                                                                                                                      |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15</b> |                                                                                                                                                                 | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | UZDROWISKO SZCZAWNICA SPÓŁKA AKCYJNA                                                                                                                            |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 34-460 Szczawnica, ul. Zdrojowa 26,                                                                                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon                                   | 18 262 22 11                                                                                                                                                    |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 000288219                                                                                                                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                                                 | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | UZDROWISKO SZCZAWNICA SPÓŁKA AKCYJNA<br>Sanatorium uzdrowiskowe "Inhalatorium" Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny                                                 | x                                           |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 34-460 Szczawnica, ul. Park Górny 2                                                                                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon                                   | 18 262 22 11                                                                                                                                                    |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 20.04.2021                                                                                                                                                      |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16</b> |                                                                                                                                                                 | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | UZDROWISKO WYSOWA SPÓŁKA AKCYJNA                                                                                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 38-316 Wysowa, Wysowa 149,                                                                                                                                      |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon                                   | 18 353 24 00                                                                                                                                                    |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |

|                                                   |                                                                                                                                                                                                                                              |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| identyfikator REGON                               | 000299140                                                                                                                                                                                                                                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                                                                                                                                              | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | UZDROWISKO WYSOWA SPÓŁKA AKCYJNA<br><b>Oddział Uzdrowiskowy Sanatoryjny A "Białena"</b>                                                                                                                                                      | X                                   |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-316 Wysowa, Wysowa 107                                                                                                                                                                                                                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                 | 18 353 24 00                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2021                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                              |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17       |                                                                                                                                                                                                                                              | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | Adam Wolfram                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 34-460 Szczawnica , ul.Zdrojowa 4,                                                                                                                                                                                                           |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony:                                | 18 262 24 11                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               | 490546430                                                                                                                                                                                                                                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
|                                                   |                                                                                                                                                                                                                                              |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                                                                                                                                              | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | CENTRUM WZASOWO-LECZNICZE SOLAR SPA SANATORIUM UZDROWISKOWE<br>NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ Adam Wolfram <b>Sanatorium<br/>Uzdrowiskowe Budynek "Julia"</b><br><b>Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny</b>                              | X                                   |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 34-460 Szczawnica , ul.Zdrojowa 6                                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                 | 18 262 24 11                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2021                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                              |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                                                                                                                                                              | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | CENTRUM WZASOWO-LECZNICZE SOLAR SPA SANATORIUM UZDROWISKOWE<br>NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ Adam Wolfram <b>Sanatorium<br/>Uzdrowiskowe Budynek "Sylvia"</b> <b>Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny</b>                                | X                                   |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 34-460 Szczawnica , ul.Zdrojowa 3                                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                 | 18 262 24 11                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2021                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                              |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                                                                                                                                                                                              | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | CENTRUM WZASOWO-LECZNICZE SOLAR SPA SANATORIUM UZDROWISKOWE<br>NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ Adam Wolfram <b>Sanatorium<br/>Uzdrowiskowe Budynek "Adria"</b> <b>dla dzieci</b><br><b>Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny dla dzieci</b> | X                                   |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 34-460 Szczawnica , ul.Zdrojowa 10                                                                                                                                                                                                           |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                 | 18 262 24 11                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2021                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                              |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18       |                                                                                                                                                                                                                                              | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | PRZEDSIĘBIORSTWO ROBÓT BUDOWLANYCH I TRANSPORTOWYCH "CECHINI"<br>STANISŁAW I JÓZEF CECHINI - SPÓŁKA JAWNA                                                                                                                                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 33-380 Krynica-Zdrój ul. Kazimierza Pułaskiego 29,                                                                                                                                                                                           |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony:                                | 18 471 72 68                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               | 004421945                                                                                                                                                                                                                                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
|                                                   |                                                                                                                                                                                                                                              |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                                                                                                                                              | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | PRBIT CECHINI STANISŁAW I JÓZEF CECHINI SP.J. NZOZ<br><b>SANATORIUM UZDROWISKOWE Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny</b>                                                                                                                        | X                                   |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 33-370 Żegiestów Zdrój Łopata Polska 24                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                 | 18 471 72 68                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2021                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                              |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19       |                                                                                                                                                                                                                                              | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | ZAKŁAD USŁUG LECZNICZO-WYPOCZYNKOWYCH "PZL-MIELEC" SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                                                                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 33-380 Krynica-Zdrój, ul.Kazimierza Pułaskiego 73,                                                                                                                                                                                           |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony:                                | 18 471 34 59                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               | 490533337                                                                                                                                                                                                                                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
|                                                   |                                                                                                                                                                                                                                              |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                                                                                                                                              | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | ZAKŁAD USŁUG LECZNICZO-WYPOCZYNKOWYCH "PZL-MIELEC" SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ<br><b>Oddział Uzdrowiskowy Sanatoryjny ("BESKID")</b>                                                                                          | X                                   |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 33-380 Krynica-Zdrój, ul. Piękna 17                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                 | 18 471 34 59                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2021                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                              |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20       |                                                                                                                                                                                                                                              | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | SANATORIUM UZDROWISKOWE "LEŚNIK-DRZEWIARZ" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                                                                                                        |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 33-380 Krynica Zdrój, ul.Podgórna 1, 3                                                                                                                                                                                                       |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony:                                | 18 471-28-61                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               | 122586592                                                                                                                                                                                                                                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
|                                                   |                                                                                                                                                                                                                                              |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                                                                                                                                              | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | SANATORIUM UZDROWISKOWE "LEŚNIK-DRZEWIARZ" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ<br><b>Sanatorium Uzdrowiskowe Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny</b>                                                                                     | X                                   |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 33-380 Krynica Zdrój, ul.Podgórna 1, 3                                                                                                                                                                                                       |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                 | 18 471-28-61                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2021                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                              |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |

|                                                    |                                                                                                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21</b> |                                                                                                                                             | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | SANATORIUM CEGIELSKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 34-700 Rabka, ul.Na Banię 42,                                                                                                               |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon                                   | 18 267 72 60                                                                                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 362725725                                                                                                                                   |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                             | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | SANATORIUM CEGIELSKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sanatorium uzdrowiskowe Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny<br>34-700 Rabka, ul.Na Banię 42,                                                   | X                                           |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon                                   | 18 267 72 60                                                                                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 20.04.2021                                                                                                                                  |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22</b> |                                                                                                                                             | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | MAŁOPOLSKI SZPITAL CHOROŚĆ PLUC I REHABILITACII IM. EDMUNDA WOJTYŁY W JAROSZOWCU                                                            |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 32-310 Jarosławiec, ul. Kolejowa 1a,                                                                                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon                                   | 32 642 80 31                                                                                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 294214                                                                                                                                      |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                             | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | MAŁOPOLSKI SZPITAL CHOROŚĆ PLUC I REHABILITACII IM. EDMUNDA WOJTYŁY W JAROSZOWCU                                                            |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 32-310 Jarosławiec, ul. Kolejowa 1a,                                                                                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon                                   | 32 642 80 31                                                                                                                                |                                             | X                                                                                | X                                                                               |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 26.04.2021 (stacjonarna) 14.05.2021 (ambulatoryjna)                                                                                         |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23</b> |                                                                                                                                             | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | Związek Nauczycielstwa Polskiego                                                                                                            |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 00-389 Warszawa, Juliana Smulikowskiego 6/8                                                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon                                   | 18 262 24 67, 18 262 20 04                                                                                                                  |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 001081029                                                                                                                                   |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                             | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | "NAUCZYCIEL" ZWIĄZKU NAUCZYCIELSTWA POLSKIEGO                                                                                               |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 34-460 Szczawica, ul. Poloniny 14                                                                                                           | X                                           |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon                                   | 18 262 24 67, 18 262 20 04                                                                                                                  |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 07.05.2021 r.                                                                                                                               |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24</b> |                                                                                                                                             | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             |                                                                                                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 00-336 Warszawa, ul. Mikołaja Kopernika 30                                                                                                  |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon                                   | 22 826 50 24                                                                                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 140913628                                                                                                                                   |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                             | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | HANDLOWO-USŁUGOWA SPÓŁDZIELNIA OSÓB PRAWNYCH "SAMOPOMOC CHŁOPSKA" W WARSZAWIE O/ODDZIAŁ W PIWNICZNEJ ZDROJU SANATORIUM UZDROWISKOWE "LIMBA" |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny<br>33-350 Piwniczna Zdrój, ul. Krynicka 3                                                                  | X                                           |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon                                   | 18 446 42 23                                                                                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 07.05.2021 r.                                                                                                                               |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25</b> |                                                                                                                                             | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | S WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ W KRAKOWIE                                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Wrocławska 1-3; 30-901 Kraków                                                                                                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon                                   | 12 630 80 75; 12 630 80 02                                                                                                                  |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 351506868                                                                                                                                   |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                             | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | S WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ W KRAKOWIE                                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Wrocławska 1-3; 30-901 Kraków                                                                                                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon                                   | 12 63 08 209 - rehabilitacja stacjonarna / 12 63 08 285 - fizjoterapia ambulatoryjna                                                        |                                             | X                                                                                | X                                                                               |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 07.05.2021 (stacjonarna) 14.05.2021 (ambulatoryjna)                                                                                         |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26</b> |                                                                                                                                             | <b>zakład lecznictwa</b>                    | <b>podmiot realizujący</b>                                                       | <b>podmiot realizujący</b>                                                      | <b>podmiot realizujący</b>                                               |
| nazwa:                                             | EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                                            |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Tychy / 43-100 / Alfonsa Zgrzebnicka 22,                                                                                                    |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon                                   | 48323296152                                                                                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 240247306                                                                                                                                   |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                             | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                                            |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Skawina / 32-050 / ul. Niepodległości 12                                                                                                    |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon                                   | +48 32 329 61 52                                                                                                                            |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 10.05.2021                                                                                                                                  |                                             |                                                                                  |                                                                                 | X                                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                                                             | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                                            |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dąbrowa Tarnowska / 33-200 / ul. Oleśnicka 3                                                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon                                   | +48 32 329 61 52                                                                                                                            |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 10.05.2021                                                                                                                                  |                                             |                                                                                  |                                                                                 | X                                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |



|                                                   |                                                     |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                     | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Proszowice / 32-100 / ul. 3 Maja 51                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                 | +48 32 329 61 52                                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 10.05.2021                                          |                                     |                                                                         |                                                                       | x                                                              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                     |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                     | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków/ 30-369 / ul. Tadeusza Szafrana 5D/25        |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                 | +48 32 329 61 52                                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 14.05.2021                                          |                                     |                                                                         |                                                                       | x                                                              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                     |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 5                    |                                                     | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wieliczka / 32-020/ ul. Brata Alojzego Kosiby 5/4-5 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                 | +48 32 329 61 52                                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 14.05.2021                                          |                                     |                                                                         |                                                                       | x                                                              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                     |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 6                    |                                                     | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zabierzów / 32-080/ ul. Kolejowa 30A                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                 | +48 32 329 61 52                                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 14.05.2021                                          |                                     |                                                                         |                                                                       | x                                                              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                     |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 7                    |                                                     | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wadowice / 34-100 / ul. Sienkiewicza 27             |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                 | +48 32 329 61 52                                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 14.05.2021                                          |                                     |                                                                         |                                                                       | x                                                              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                     |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27       |                                                     | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | "RENOVO" s.c.                                       |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tokarnia / 32-436 / Tokarnia 400                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony:                                | +48 12 274 71 11                                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               | 120986979                                           |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                     | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | "RENOVO" s.c.                                       |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Naprawa / 32-240 / Naprawa 477                      |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                 | 48 12 274 71 11                                     |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 10.05.2021                                          |                                     |                                                                         |                                                                       | x                                                              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                     |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                     | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | "RENOVO" s.c.                                       |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tokarnia / 32-436 / Tokarnia 400                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                 | 48 12 274 71 11                                     |                                     |                                                                         | x                                                                     |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 14.05.2021                                          |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                     |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28       |                                                     | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | ESKULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ     |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Maszków / 32-095 / ul. Królewska 49                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony:                                | 48 123 884 512                                      |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               | 356352602                                           |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                     | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | ESKULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ     |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Maszków/ 32-095 / Maszków 99                        |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                 | +48 12 388 45 12                                    |                                     |                                                                         | x                                                                     |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 10.05.2021 (domowa), 1.06.2021 (ambulatoryjna)      |                                     |                                                                         |                                                                       | x                                                              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                     |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29       |                                                     | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | FIZIOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skrzydłina / 34-625 / Skrzydłina 287                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony:                                | +48 18 333 15 52                                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               | 7371998700                                          |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                     | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | FIZIOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wiśniowa / 32-412 / Wiśniowa 317 A                  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                 | 12 2714012                                          |                                     |                                                                         | x                                                                     |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 10.05.2021 (domowa), 14.05.2021 (ambulatoryjna)     |                                     |                                                                         |                                                                       | x                                                              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                     |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                     | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | FIZIOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skrzydłina / 34-625 / Skrzydłina 287                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                 | 18 3331552                                          |                                     |                                                                         | x                                                                     |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 14.05.2021                                          |                                     |                                                                         |                                                                       | x                                                              |



|                                                    |                                                                                   |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                   |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                   | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | FIZIOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                  |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowy Wiśnicz / 32-720 / ul. Bolesława Chrobrego 2                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony                                  | 694 084 052                                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 | x                                                                        |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021                                                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                   |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30</b> |                                                                                   | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków / 30-663 / Wielicka 265                                                    |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony:                                 | (012)658 20 11                                                                    |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 351375886                                                                         |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                   | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków / 31-752 / Wielicka 265                                                    |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony                                  | (012)658 20 11                                                                    |                                             |                                                                                  | x                                                                               |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 10.05.2021                                                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                   |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31</b> |                                                                                   | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | CENTRUM MEDYCZNE UJASTEK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                  |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków / 31-752 / Ujastek 3                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony:                                 | (012)683 38 00                                                                    |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 350887420                                                                         |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                   | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | CENTRUM MEDYCZNE UJASTEK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                  |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków / 31-752 / Ujastek 3                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony                                  | (012)683 38 00                                                                    |                                             |                                                                                  | x                                                                               |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 10.05.2021                                                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                   |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32</b> |                                                                                   | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej REHA ORTOPEDICA                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Myślenice/ 32-400 / ul. Kazimierza Wielkiego 58,                                  |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony:                                 | 48502479949                                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 120988116                                                                         |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                   | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej REHA ORTOPEDICA                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Myślenice / 32-400 / ul. os. Tysiąclecia 6A/1                                     |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony                                  | 48502479949                                                                       |                                             |                                                                                  | x                                                                               |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 10.05.2021                                                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                   |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33</b> |                                                                                   | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | NOWA REHABILITACJA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków / 30-389 / Polarna 10                                                      |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony:                                 | +48 783 444 444                                                                   |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 240692331                                                                         |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                   | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | NOWA REHABILITACJA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Skawina / 32-050 / ul. o. Adama F. Studzńskiego 3                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony                                  | +48 783 444 444                                                                   |                                             |                                                                                  | x                                                                               |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 10.05.2021                                                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                   |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                   | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | NOWA REHABILITACJA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków / 30-389 / ul. Komuny Paryskiej 24                                         |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony                                  | +48 783 444 444                                                                   |                                             |                                                                                  | x                                                                               | x                                                                        |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021                                                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                   |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                   | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | NOWA REHABILITACJA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Niepolomice / 32-005 / ul. Na Tamie 29                                            |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony                                  | +48 783 444 444                                                                   |                                             |                                                                                  | x                                                                               | x                                                                        |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021                                                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                   |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                                                   | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | NOWA REHABILITACJA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Czernichów / 32-070 / ul. Przemysłowa 7                                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony                                  | +48 783 444 444                                                                   |                                             |                                                                                  | x                                                                               |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021                                                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                   |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34</b> |                                                                                   | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | Małopolskie Centrum Krioterapii - Zakład Rehabilitacji Wodka Machnik Spółka Jawna |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Krakowska 74, 32-089 Wielka Wieś                                                  |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |

|                                                    |                                                                                                                                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| telefon/ telefon:                                  | +48 12 630 82 82                                                                                                                         |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 357202721                                                                                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                          | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | Małopolskie Centrum Krioterapii - Zakład Rehabilitacji Wodka Machnik Spółka Jawna                                                        |                                             |                                                                                  | x                                                                               |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków / 30-901 / ul. Wrocławska 1-3                                                                                                     |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon:                                  | +48 12 630 82 82                                                                                                                         |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 10.05.2021                                                                                                                               |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35</b> |                                                                                                                                          | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | FUNDACJA PRO VITA ET SPE                                                                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków / 31-039 / ul. Józefa Dietla 64,                                                                                                  |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon:                                  | (012)421 99 62                                                                                                                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 356321688                                                                                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                          | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | FUNDACJA PRO VITA ET SPE                                                                                                                 |                                             |                                                                                  | x                                                                               |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków / 31-039 / ul. Józefa Dietla 64,                                                                                                  |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon:                                  | (012)421 99 62                                                                                                                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 10.05.2021                                                                                                                               |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36</b> |                                                                                                                                          | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | Centrum Medycyny Profilaktycznej Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków / 30-106 / Komorowskiego 12                                                                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon:                                  | (012)421 34 55                                                                                                                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 356537106                                                                                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                          | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | Centrum Medycyny Profilaktycznej Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                                 |                                             |                                                                                  | x                                                                               |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków / 30-106 / Komorowskiego 12                                                                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon:                                  | (012)421 34 55                                                                                                                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 10.05.2021                                                                                                                               |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37</b> |                                                                                                                                          | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM.HENRYKA KLIMONTOWICZA W GORLICACH                                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorlice / 38-300 / Węgierska 21                                                                                                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon:                                  | (018)355 32 00                                                                                                                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 000308614                                                                                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                          | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM.HENRYKA KLIMONTOWICZA W GORLICACH                                                                             |                                             |                                                                                  | x                                                                               |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorlice / 38-300 / Węgierska 21                                                                                                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon:                                  | (018)355 32 00                                                                                                                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 10.05.2021                                                                                                                               |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38</b> |                                                                                                                                          | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | NZOZ Centrum Rehabilitacji "NEUROKINEZIS" s.c.                                                                                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wiśniewieckiego 28, 33-300 Nowy Sącz                                                                                                     |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon:                                  | (018)440 74 84                                                                                                                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 492912270                                                                                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                          | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | NZOZ Centrum Rehabilitacji "NEUROKINEZIS" s.c.                                                                                           |                                             |                                                                                  | x                                                                               |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowy Sącz / 33-300 / ul. 1 Brygady 4                                                                                                     |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon:                                  | (018)440 74 84                                                                                                                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 10.05.2021                                                                                                                               |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39</b> |                                                                                                                                          | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | HANDLOWO-USLUGOWA SPÓŁDZIELNIA OSÓB PRAWNYCH "SAMOPOMOC CHŁOPSKA" W WARSZAWIE                                                            |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 00-336 Warszawa, ul. Mikołaja Kopernika 30                                                                                               |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon:                                  | 18 471 56 27                                                                                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 140913628                                                                                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                          | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | HANDLOWO-USLUGOWA SPÓŁDZIELNIA OSÓB PRAWNYCH "SAMOPOMOC CHŁOPSKA" W WARSZAWIE O/ODDZIAŁ W KRYNICY ZDROJU SANATORIUM UZDROWISKOWE "WATRA" | x                                           |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny                                                                                                         |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon:                                  | 33-380 Krynica-Zdrój, ul. Piękna 19                                                                                                      |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 18 471 56 27                                                                                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 14.05.2021                                                                                                                               |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40</b> |                                                                                                                                          | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W WĄDOWICACH                                                                                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wadowice / 34-100 / ul. Karmelicka 5                                                                                                     |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon:                                  | 33 87 21 200 wew 423                                                                                                                     |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 000306466                                                                                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                          | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |

|                                                    |                                                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| nazwa:                                             | ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W WADOWICACH                                                  |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wadowice / 34-100 / ul. Karmelicka 7b                                                           |                                             |                                                                                  | x                                                                               |                                                                          |
| telefon/ telefony                                  | 33 87 21 200 wew 423                                                                            |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021                                                                                      |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41</b> |                                                                                                 | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKALE                                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Skala / 32-043 / Słomnicka 69                                                                   |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony                                  | (012)389 10 05                                                                                  |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                |                                                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                 | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKALE                                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Skala / 32-043 / ul. Krakowska 38                                                               |                                             |                                                                                  | x                                                                               |                                                                          |
| telefon/ telefony                                  | (012)389 10 05                                                                                  |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021                                                                                      |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42</b> |                                                                                                 | <b>zakład lecznictwa</b>                    | <b>podmiot realizujący</b>                                                       | <b>podmiot realizujący</b>                                                      | <b>podmiot realizujący</b>                                               |
| nazwa:                                             | JARMIX SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                  |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Miechów / 32-200 / Piłsudskiego 12                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony                                  | (041)383 33 22                                                                                  |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 290655058                                                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                 | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | JARMIX SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                  |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Miechów / 32-200 / Piłsudskiego 23                                                              |                                             |                                                                                  | x                                                                               |                                                                          |
| telefon/ telefony                                  | 510 018 884                                                                                     |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021                                                                                      |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43</b> |                                                                                                 | <b>zakład lecznictwa</b>                    | <b>podmiot realizujący</b>                                                       | <b>podmiot realizujący</b>                                                      | <b>podmiot realizujący</b>                                               |
| nazwa:                                             | SPECIALMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dobczyce / 32-410 / Zarabie 35c                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony                                  | +48 12 273 62 62                                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 120778092                                                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                 | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | SPECIALMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kasinka Mała / 34-734 / Kasinka Mała 822                                                        |                                             |                                                                                  | x                                                                               |                                                                          |
| telefon/ telefony                                  | 122710943                                                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021                                                                                      |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44</b> |                                                                                                 | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | odpowiedzialnością                                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków/ 31-826 / Osiedle Złotej Jesieni 1                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony                                  | (012)646 85 02                                                                                  |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                |                                                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                 | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | Spółka Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków/ 31-826 / Osiedle Złotej Jesieni 1                                                       |                                             |                                                                                  | x                                                                               | x                                                                        |
| telefon/ telefony                                  | (012)646 85 02                                                                                  |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021                                                                                      |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45</b> |                                                                                                 | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | NZOZ NEUROMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Andrychów / 34-120 / Krakowska 140a                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony                                  | 48338753230 wew. 24                                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                |                                                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                 | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | NZOZ NEUROMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Andrychów / 34-120 / Krakowska 140a                                                             |                                             |                                                                                  | x                                                                               |                                                                          |
| telefon/ telefony                                  | 48 513 685 231 / +48 338 753 230 wew.24                                                         |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021                                                                                      |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46</b> |                                                                                                 | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | NZOZ REHA-MED                                                                                   |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Andrychów / 34-120 / Krakowska 91                                                               |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony                                  | 33/875 80 80                                                                                    |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 356786996                                                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                 | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | NZOZ REHA-MED                                                                                   |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Andrychów / 34-120 / Krakowska 91                                                               |                                             |                                                                                  | x                                                                               |                                                                          |
| telefon/ telefony                                  | 33/875 80 80                                                                                    |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021                                                                                      |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47</b> |                                                                                                 | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | NOWOHUCKI OŚRODEK REHABILITACJI NOR-MED                                                         |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków / 31-831 / Cienista 33                                                                   |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony                                  | +48 690 966 603                                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 121371889                                                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                 | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | NOWOHUCKI OŚRODEK REHABILITACJI NOR-MED                                                         |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |

|                                                   |                                                           |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 31-952 / os. Uroczę 7                            |                                     |                                                                         | x                                                                     |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | +48 690 966 603                                           |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 14.05.2021                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                           |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                           | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | NOWOHUCKI OŚRODEK REHABILITACJI NOR-MED                   |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sułkowice / 32-440 / ul. Szkolna 9                        |                                     |                                                                         | x                                                                     |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | +48 690 966 603                                           |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 14.05.2021                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                           |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48       |                                                           | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | NZOZ WOJSREHA                                             |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wojakowa / 32-862 / Wojakowa 243                          |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | +48 693 605 844                                           |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               | 852744672                                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                           | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | NZOZ WOJSREHA                                             |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łwkowa / 32-861 / ul. Łwkowa 458                          |                                     |                                                                         | x                                                                     |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | 48 781 195 444                                            |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 14.05.2021                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                           |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49       |                                                           | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | VITALIS NOWAK I ŻURAKOWSKI SPÓŁKA Jawna                   |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Trzebinia / 32-540 / Kopernika 25                         |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | +48 32 620 02 93                                          |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               |                                                           |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                           | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | VITALIS NOWAK I ŻURAKOWSKI SPÓŁKA Jawna                   |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Trzebinia / 32-540 / Kopernika 25                         |                                     |                                                                         | x                                                                     |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | 32 620 02 93 / 733 433 494                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 14.05.2021                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                           |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50       |                                                           | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | Kacper Chojnowski PROFIZJO                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wadowice / 34-100 / Lwowska 76                            |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | 515 383 828                                               |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               | 181047449                                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                           | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | Kacper Chojnowski PROFIZJO                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wadowice / 34-100 / Lwowska 76                            |                                     |                                                                         | x                                                                     |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | 515 383 828                                               |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 14.05.2021                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                           |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51       |                                                           | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | REHABILITACJA-FIZJOTERAPIA                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 31-261 / Rusznikarska 14A/XI                     |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | 606 24 35 85                                              |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               | 120850702                                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                           | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | REHABILITACJA-FIZJOTERAPIA                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 31-261 / Rusznikarska 14A/XI                     |                                     |                                                                         | x                                                                     |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | 606 24 35 85                                              |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 14.05.2021                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                           |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52       |                                                           | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | Jarosław Kaczor - Rehabilitacja                           |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olkusz / 32-300 / Króla Kazimierza Wielkiego 64           |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | +48 600 251 797                                           |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               | 122432742                                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                           | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | Jarosław Kaczor - Rehabilitacja                           |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olkusz / 32-300 / Króla Kazimierza Wielkiego 64           |                                     |                                                                         | x                                                                     |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | +48 500 433 006                                           |                                     |                                                                         |                                                                       | x                                                              |
| Data dodania do wykazu                            | 14.05.2021                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                           |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53       |                                                           | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁASKOWEJ |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łaskowa / 34-602 / Łaskowa 428                            |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | +48 18 333 30 09                                          |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               | 491991036                                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                           | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁASKOWEJ |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łaskowa / 34-602 / Łaskowa 428                            |                                     |                                                                         | x                                                                     |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | +48 7987 19389 lub 183378800                              |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 14.05.2021                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |

|                                                    |                                                                                                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54</b> |                                                                                                                        | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | ZDROWIE RODZINY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Podęgordzie / 33-386 / Podęgordzie 255                                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefonny:                                | +48 18 445 85 78                                                                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 491972582                                                                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                        | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | ZDROWIE RODZINY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Podęgordzie / 33-386 / Podęgordzie 255                                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefonny                                 | +48 18 445 85 78                                                                                                       |                                             |                                                                                  | X                                                                               |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             |                                                                                                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55</b> |                                                                                                                        | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "VERTEBRA" w Bieczu                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Biecz / 38-340 / Tysiąclecia 5                                                                                         |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefonny:                                | 13 447 00 25 / + 48 535 990 918                                                                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 121015350                                                                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                        | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "VERTEBRA" w Bieczu                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Biecz / 38-340 / Tysiąclecia 5                                                                                         |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefonny                                 | 13 447 00 25 / + 48 535 990 918                                                                                        |                                             |                                                                                  | X                                                                               |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021                                                                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56</b> |                                                                                                                        | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | SZPITAL POWIATOWY IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W ZAKOPANEM                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zakopane / 34-500 / Kamieniec 10                                                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefonny:                                | 18 20 120-21 wew. 248                                                                                                  |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 000311510                                                                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                        | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | SZPITAL POWIATOWY IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W ZAKOPANEM                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zakopane / 34-500 / Kamieniec 10                                                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefonny                                 | 18 20 120-21 wew. 248                                                                                                  |                                             |                                                                                  | X                                                                               |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             |                                                                                                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57</b> |                                                                                                                        | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | CENTRUM ZDROWIA                                                                                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Mszana Dolna / 34-730 / Stawowa 10                                                                                     |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefonny:                                | +48 880 269 307                                                                                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 369211610                                                                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                        | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | CENTRUM ZDROWIA                                                                                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Mszana Dolna / 34-730 / Stawowa 10                                                                                     |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefonny                                 | +48 880 269 307                                                                                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021                                                                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                        |                                             |                                                                                  | X                                                                               |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58</b> |                                                                                                                        | <b>zakład lecznictwa</b>                    | <b>podmiot realizujący</b>                                                       | <b>podmiot realizujący</b>                                                      | <b>podmiot realizujący</b>                                               |
| nazwa:                                             | AKTYWNA - FIZJOTERAPIA                                                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków / 30-252 / ul. Przegorzalska 23,                                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefonny:                                | 538 485 156                                                                                                            |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 366872216                                                                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                        | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | AKTYWNA - FIZJOTERAPIA                                                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków / 30-252 / ul. Przegorzalska 23,                                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefonny                                 | 538 485 156                                                                                                            |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021                                                                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 | X                                                                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59</b> |                                                                                                                        | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | "PRAXIS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowy Sącz/ 33-300/ ul. św.Heleny 30B                                                                                   |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefonny:                                | 18 443 09 10                                                                                                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 491980601                                                                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                        | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | "PRAXIS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowy Sącz/ 33-300/ ul. św.Heleny 30B                                                                                   |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefonny                                 | 18 443 09 10                                                                                                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021                                                                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |

|                                                    |                                                                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                        |                                             |                                                                                  | X                                                                               | X                                                                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60</b> |                                                                                        | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | Centrum Medyczne "REHA-MED"                                                            |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dąbrowa Tarnowska/ 33-200 / ul. Szkolna 6                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon:                                  | 014 642 25 50                                                                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                |                                                                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                        | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | Centrum Medyczne "REHA-MED"                                                            |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dąbrowa Tarnowska/ 33-200 / ul. Szkolna 6                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon:                                  | 014 642 25 50                                                                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021                                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                        |                                             |                                                                                  | X                                                                               | X                                                                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61</b> |                                                                                        | <b>zakład lecznictwa</b>                    | <b>podmiot realizujący</b>                                                       | <b>podmiot realizujący</b>                                                      | <b>podmiot realizujący</b>                                               |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zespół Lecznictwa Otwartego w Wieliczce                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wieliczka/ 32-020 / ul. Bolesława Szpunara 20                                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon:                                  | 12 279 63 00                                                                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 350674687                                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                        | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zespół Lecznictwa Otwartego w Wieliczce                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wieliczka/ 32-020 / ul. Bolesława Szpunara 20                                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon:                                  | 12 279 63 00                                                                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021                                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                        |                                             |                                                                                  | X                                                                               |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62</b> |                                                                                        | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w</b>                         | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w</b>                                   | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w</b>                            |
| nazwa:                                             | ZAKŁAD LECZNICTWA AMBULATORYJNEGO W CHRZANOWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Chrzanów / 32-500/ ul. Sokoła 19                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon:                                  | 32 624 03 10                                                                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 276218481                                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                        | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | ZAKŁAD LECZNICTWA AMBULATORYJNEGO W CHRZANOWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Chrzanów / 32-500/ ul. Kościuszki 14                                                   |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon:                                  | 32/623 31 83, 605 999 022                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021                                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                        |                                             |                                                                                  | X                                                                               |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63</b> |                                                                                        | <b>zakład lecznictwa</b>                    | <b>podmiot realizujący</b>                                                       | <b>podmiot realizujący</b>                                                      | <b>podmiot realizujący</b>                                               |
| nazwa:                                             | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OŚWIECIMIU                                                  |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Oświęcim/ 32-600 / ul. Wysokie Brzegi 4                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon:                                  | 33 844 82 67                                                                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 000304409                                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                        | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OŚWIECIMIU                                                  |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Oświęcim/ 32-600 / ul. Wysokie Brzegi 4                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon:                                  | 33 844 84 76                                                                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021                                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                        |                                             |                                                                                  | X                                                                               |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64</b> |                                                                                        | <b>zakład lecznictwa</b>                    | <b>podmiot realizujący</b>                                                       | <b>podmiot realizujący</b>                                                      | <b>podmiot realizujący</b>                                               |
| nazwa:                                             | MED-SKARPA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                     |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków / 31-909/ os. Na Skarpie 6                                                      |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon:                                  | 126441900                                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 357042588                                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                        | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | MED-SKARPA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                     |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków / 31-909/ os. Na Skarpie 6                                                      |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon:                                  | 517 027 504 / 12 644 19 00                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 31.05.1901                                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                        |                                             |                                                                                  | X                                                                               |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65</b> |                                                                                        | <b>zakład lecznictwa</b>                    | <b>podmiot realizujący</b>                                                       | <b>podmiot realizujący</b>                                                      | <b>podmiot realizujący</b>                                               |
| nazwa:                                             | TLK MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków / 31-553/ ul. Cystersów 16                                                      |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon:                                  | 12 294 20 30                                                                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 120276868                                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                        | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | TLK MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków / 31-553/ ul. Cystersów 16                                                      |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefon:                                  | (12)2942030, 783002025                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021                                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                     |                                                                         | x                                                                     |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66                                                                                                                                                                                                                                               |  | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w                        | podmiot realizujący<br>fizjoterapie w                                 | podmiot realizujący<br>fizjoterapie w                          |
| <div>nazwa: AD VITAM PRZETOCZONIA ZDROWIA SPOŁKA Z OGRANICZONĄ<br/>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ</div> <div>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Radziszów/ 32-052 / ul. Szkolna 15</div> <div>telefon/ telefon: 12 275 12 17</div> <div>identyfikator REGON 357082205</div>            |  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                                                                                                                                                                                                                                                            |  | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| <div>nazwa: AD VITAM PRZETOCZONIA ZDROWIA SPOŁKA Z OGRANICZONĄ<br/>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ</div> <div>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Radziszów/ 32-052 / ul. Szkolna 15</div> <div>telefon/ telefon 12 275 12 17 wew.:29</div> <div>Data dodania do wykazu 14.05.2021</div> |  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                     |                                                                         | x                                                                     |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67                                                                                                                                                                                                                                               |  | zakład lecznictwa                   | podmiot realizujący                                                     | podmiot realizujący                                                   | podmiot realizujący                                            |
| <div>nazwa: CERTUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ</div> <div>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Myslenice/ 32-400/ ul. Drogowców 5</div> <div>telefon/ telefon: 12 274 29 66</div> <div>identyfikator REGON 356858796</div>                                       |  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                                                                                                                                                                                                                                                            |  | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| <div>nazwa: CERTUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ</div> <div>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Myslenice/ 32-400/ ul. Drogowców 5</div> <div>telefon/ telefon 12 272 56 70 / 12 272 56 71 wew. 3</div> <div>Data dodania do wykazu 14.05.2021</div>              |  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                     |                                                                         | x                                                                     |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68                                                                                                                                                                                                                                               |  | zakład lecznictwa                   | podmiot realizujący                                                     | podmiot realizujący                                                   | podmiot realizujący                                            |
| <div>nazwa: Centrum Promocji i Ochrony Zdrowia</div> <div>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Zagórze/ 32-555/ Marszałka Józefa Piłsudskiego 226</div> <div>telefon/ telefon: 32 613 49 63</div> <div>identyfikator REGON 351369012</div>                                   |  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                                                                                                                                                                                                                                                            |  | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| <div>nazwa: Centrum Promocji i Ochrony Zdrowia</div> <div>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Babice/ 32-551/ ul. Gołaba 1</div> <div>telefon/ telefon 32/6134101 wew. 23</div> <div>Data dodania do wykazu 14.05.2021</div>                                                |  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                     |                                                                         | x                                                                     |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69                                                                                                                                                                                                                                               |  | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w                        | podmiot realizujący<br>fizjoterapie w                                 | podmiot realizujący<br>fizjoterapie w                          |
| <div>nazwa: SPÓŁKA JAWNA</div> <div>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Mszana Dolna/ 34-730/ ul. Zarabie 27b</div> <div>telefon/ telefon: 018 331 16 96</div> <div>identyfikator REGON 120087608</div>                                                                     |  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                                                                                                                                                                                                                                                            |  | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| <div>nazwa: SPÓŁKA JAWNA</div> <div>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Mszana Dolna/ 34-730/ ul. Zarabie 27b</div> <div>telefon/ telefon 18 33 11 696</div> <div>Data dodania do wykazu 14.05.2021</div>                                                                   |  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                     |                                                                         | x                                                                     |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70                                                                                                                                                                                                                                               |  | zakład lecznictwa                   | podmiot realizujący                                                     | podmiot realizujący                                                   | podmiot realizujący                                            |
| <div>nazwa: BONUS-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ</div> <div>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Kamionka Wielka/ 33-334/ Kamionka Wielka 465</div> <div>telefon/ telefon: 18 445 60 60</div> <div>identyfikator REGON 122637533</div>                          |  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                                                                                                                                                                                                                                                            |  | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| <div>nazwa: BONUS-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ</div> <div>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Kamionka Wielka/ 33-334/ Kamionka Wielka 465</div> <div>telefon/ telefon 18 445 60 60</div> <div>Data dodania do wykazu 14.05.2021</div>                       |  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                     |                                                                         | x                                                                     |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71                                                                                                                                                                                                                                               |  | zakład lecznictwa                   | podmiot realizujący                                                     | podmiot realizujący                                                   | podmiot realizujący                                            |
| <div>nazwa: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego</div> <div>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Łącko/ 33-390 / Łącko 140</div> <div>telefon/ telefon: 18 444 63 04</div> <div>identyfikator REGON 491937500</div>                             |  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                                                                                                                                                                                                                                                            |  | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| <div>nazwa: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego</div> <div>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Łącko/ 33-390 / Łącko 140</div> <div>telefon/ telefon 18 444 63 04 / 782 095 660</div> <div>Data dodania do wykazu 14.05.2021</div>            |  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |



|                                                    |                                                                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                           |                                             |                                                                                  | x                                                                               |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72</b> |                                                                           | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w</b>                         | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w</b>                                   | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w</b>                            |
| nazwa:                                             | Samodzielny Gminny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Czarnym Dunajcu |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Czarny Dunajec / 34-470 / ul. Kamieniec Dolny 55                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefonny:                                | 18 265 73 70                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 491984697                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                           | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | Samodzielny Gminny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Czarnym Dunajcu |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Czarny Dunajec / 34-470 / ul. Kamieniec Dolny 55                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefonny:                                | 18 265 73 70                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                           |                                             |                                                                                  | x                                                                               |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73</b> |                                                                           | <b>zakład lecznictwa</b>                    | <b>podmiot realizujący</b>                                                       | <b>podmiot realizujący</b>                                                      | <b>podmiot realizujący</b>                                               |
| nazwa:                                             | CHIRAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rabka-Zdrój/ 34-240/ Orkana 20b                                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefonny:                                | 18 332 52 20; 505 614 480                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 492027058                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                           | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | CHIRAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Tymbark/ 34-650/ Tymbark 315                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefonny:                                | 18 267 67 54                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                           |                                             |                                                                                  | x                                                                               |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74</b> |                                                                           | <b>zakład lecznictwa</b>                    | <b>podmiot realizujący</b>                                                       | <b>podmiot realizujący</b>                                                      | <b>podmiot realizujący</b>                                               |
| nazwa:                                             | STOWARZYSZENIE TRZEŹWOŚCI "DOM"                                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Jordanów/ 34-240/ ul. Banacha 1                                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefonny:                                | 18 267 48 02                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 040021399                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                           | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | STOWARZYSZENIE TRZEŹWOŚCI "DOM"                                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Jordanów/ 34-240/ ul. Banacha 1                                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefonny:                                | 606 282 635                                                               |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                           |                                             |                                                                                  | x                                                                               |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75</b> |                                                                           | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w</b>                         | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w</b>                                   | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w</b>                            |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI SZPITAL           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bochnia/ 32-700/ Krakowska 31                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefonny:                                | 14 615 34 00                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 000304349                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                           | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI SZPITAL           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bochnia/ 32-700/ ul. Wojska Polskiego 3                                   |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefonny:                                | 14 615 34 00                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                           |                                             |                                                                                  | x                                                                               |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76</b> |                                                                           | <b>zakład lecznictwa</b>                    | <b>podmiot realizujący</b>                                                       | <b>podmiot realizujący</b>                                                      | <b>podmiot realizujący</b>                                               |
| nazwa:                                             | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dąbrowa Tarnowska/ 33-200 / ul. Szpitalna 1                               |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefonny:                                | 14 642 28 31                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                |                                                                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                           | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dąbrowa Tarnowska/ 33-200 / ul. Szpitalna 1                               |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefonny:                                | 14 64 43 216                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                           |                                             |                                                                                  | x                                                                               |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77</b> |                                                                           | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w</b>                         | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w</b>                                   | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w</b>                            |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI            |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bochnia/ 32-700/ Kazimierza Wielkiego 26/17                               |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefonny:                                | 14 611 56 30                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 850446373                                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                           | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI            |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Siedlec / 32-742 / Siedlec 47                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefonny:                                | 585 555 321, 14 612 70 87                                                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                           |                                             |                                                                                  | x                                                                               |                                                                          |



|                                                   |                                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łapczyca / 32-744 Łapczyca 496                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                 | 501 019 428, 14 610 02 50                                      |                                     |                                                                         | X                                                                     |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 14.05.2021                                                     |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Proszówki / 32-700 / Proszówki 127                             |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                 | 735 015 405, 14 611 09 10                                      |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 14.05.2021                                                     |                                     |                                                                         | X                                                                     |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78       |                                                                | zakład lecznictwa                   | podmiot realizujący                                                     | podmiot realizujący                                                   | podmiot realizujący                                            |
| nazwa:                                            | GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŻEGOCINIE                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żegocina / 32-731 / Żegocina 232                               |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony:                                | 509433041                                                      |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               | 851712635                                                      |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŻEGOCINIE                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żegocina / 32-731 / Żegocina 232                               |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                 | 509433041                                                      |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 14.05.2021                                                     |                                     |                                                                         | X                                                                     |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79       |                                                                | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w                        | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w                                 | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w                          |
| nazwa:                                            | ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                             |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gnojnik / 32-864 / Gnojnik 537                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony:                                | 14 686 98 00 wew.2                                             |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               | 120046070                                                      |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                             |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gnojnik 222 / 32-864 / Gnojnik                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                 | 14 686 98 00 wew.2                                             |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 14.05.2021                                                     |                                     |                                                                         | X                                                                     |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80       |                                                                | zakład lecznictwa                   | podmiot realizujący                                                     | podmiot realizujący                                                   | podmiot realizujący                                            |
| nazwa:                                            | "GERONIMO" M. Mielak, S. Zwolenik Spółka Jawna                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnów / 33-100 / Mościckiego 14                               |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony:                                | 14 307 01 02                                                   |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               | 120003586                                                      |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | "GERONIMO" M. Mielak, S. Zwolenik Spółka Jawna                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnów / 33-100 / ul. Długa 19                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                 | 14 628 82 68                                                   |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 14.05.2021                                                     |                                     |                                                                         | X                                                                     |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81       |                                                                | zakład lecznictwa                   | podmiot realizujący                                                     | podmiot realizujący                                                   | podmiot realizujący                                            |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej REMED Jarosław Zachara   |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Borzęcin / 32-825 / Borzęcin 87b                               |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony:                                | 14 684 60 09                                                   |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               | 850509056                                                      |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej REMED Jarosław Zachara   |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Borzęcin / 32-825 / Borzęcin 87b                               |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                 | 14 684 60 09                                                   |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 14.05.2021                                                     |                                     |                                                                         | X                                                                     | X                                                              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82       |                                                                | zakład lecznictwa                   | podmiot realizujący                                                     | podmiot realizujący                                                   | podmiot realizujący                                            |
| nazwa:                                            | Emka Med Medycyna i Rehabilitacja mgr Kinga Markowicz          |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Koszyce Małe / 33-111 / ul. Główna 29                          |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony:                                | 14 634 00 30                                                   |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               |                                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | Emka Med Medycyna i Rehabilitacja mgr Kinga Markowicz          |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Koszyce Małe / 33-111 / ul. Główna 29                          |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                 | 14 634 00 30                                                   |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            |                                                                |                                     |                                                                         | X                                                                     |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83       |                                                                | zakład lecznictwa                   | podmiot realizujący                                                     | podmiot realizujący                                                   | podmiot realizujący                                            |
| nazwa:                                            | Fizjohelp Kołna                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 38-485 / Jasłiska 29                                  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony:                                | 724 218 212                                                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               | 180018196                                                      |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | Fizjohelp Kołna                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 30-134 / ul. Zarzeczne 124a                           |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                 | 724 218 212                                                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 14.05.2021                                                     |                                     |                                                                         |                                                                       | X                                                              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84       |                                                                | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | "ARTMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ               |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krynica Zdrój / 33-300 / Kazimierza Pułaskiego 8               |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |

|                                                    |                                                                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                 | 604 493 779                                                                                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 120287810                                                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                       | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | "ARTMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                      |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowy Sącz / 33-300 / ul. Barska 63/1                                                                  |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony                                  | 18 549 14 25 nr wew. 2                                                                                |                                             |                                                                                  | X                                                                               | X                                                                        |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021                                                                                            |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85</b> |                                                                                                       | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w</b>                         | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w</b>                                   | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w</b>                            |
| nazwa:                                             | ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                                    |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Barcice / 33-342 / Barcice 422                                                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony:                                 | 18 446 60 67                                                                                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 380073444                                                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                       | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                                    |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Barcice / 33-342 / Barcice 422                                                                        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony                                  | 721 660 230                                                                                           |                                             |                                                                                  | X                                                                               | X                                                                        |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021                                                                                            |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                       | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                   |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowy Sącz / 33-300 / ul. Jana Długosza 9                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony                                  | 721 670 230                                                                                           |                                             |                                                                                  | X                                                                               |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021                                                                                            |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 86</b> |                                                                                                       | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | NZOZ "PALMED" CENTRUM OPIEKUNCZO-LECZNICZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Jastrzębia / 33-191 / Jastrzębia 174                                                                  |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony:                                 | +48 796 760 710                                                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 121162849                                                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                       | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | NZOZ "PALMED" CENTRUM OPIEKUNCZO-LECZNICZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lubcza / 33-162 / ul. Lubcza 460                                                                      |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony                                  | tel. 14 642 22 18                                                                                     |                                             |                                                                                  | X                                                                               | X                                                                        |
| Data dodania do wykazu                             | 17.05.2021                                                                                            |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                       | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | NZOZ "PALMED" CENTRUM OPIEKUNCZO-LECZNICZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | JASTRZĘBIA / 33-191 / ul. Jastrzębia 174                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony                                  | tel. 14 6512023                                                                                       |                                             |                                                                                  | X                                                                               | X                                                                        |
| Data dodania do wykazu                             | 17.05.2021                                                                                            |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                                       | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | NZOZ "PALMED" CENTRUM OPIEKUNCZO-LECZNICZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ciężkowice / 33-190 / ul. Zdrowa 1                                                                    |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony                                  | tel. 14 6511111                                                                                       |                                             |                                                                                  | X                                                                               |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 17.05.2021                                                                                            |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87</b> |                                                                                                       | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | CENTRUM MEDYCZNE "KOL-MED" SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W TARNOWIE                  |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Tarnów / 33-100 / Pl. Dworcowy 6                                                                      |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony:                                 | +48 14 627 60 75                                                                                      |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                |                                                                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                       | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | CENTRUM MEDYCZNE "KOL-MED" SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W TARNOWIE                  |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Tarnów / 33-100 / Pl. Dworcowy 6                                                                      |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony                                  | 14/688 60 22                                                                                          |                                             |                                                                                  | X                                                                               |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 17.05.2021                                                                                            |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88</b> |                                                                                                       | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | ZESPÓŁ PRZYCHODNI SPECJALISTYCZNYCH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Tarnów / 33-100 / Marii Skłodowskiej-Curie 1                                                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony:                                 | +48 14 631 02 10                                                                                      |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                | 851800010                                                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                       | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                             | ZESPÓŁ PRZYCHODNI SPECJALISTYCZNYCH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                           |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Tarnów / 33-100 / Marii Skłodowskiej-Curie 1                                                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony                                  | 146310264                                                                                             |                                             |                                                                                  | X                                                                               |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 17.05.2021                                                                                            |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                       |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |

|                                                   |                                                                                     |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                     | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | ZESPÓŁ PRZYCHODNI SPECJALISTYCZNYCH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ      |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnów / 33-100 / ul. Mostowa 6                                                     |                                     |                                                                         | X                                                                     |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | 146324261                                                                           |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 17.05.2021                                                                          |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                     |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89       |                                                                                     | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | CENTRUM ZDROWIA TUCHÓW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                      |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tuchów / 33-170 / Szpitalna 1                                                       |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | +48 14 653 51 00                                                                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               | 120446616                                                                           |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                     | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | CENTRUM ZDROWIA TUCHÓW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                      |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szerzyny / 38-246 / ul. Szerzyny 544                                                |                                     |                                                                         | X                                                                     |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | 14 6517394                                                                          |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 17.05.2021                                                                          |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                     |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                     | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | CENTRUM ZDROWIA TUCHÓW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                      |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tuchów / 33-170 / ul. Adama Mickiewicza 36                                          |                                     |                                                                         | X                                                                     |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | 14 6525503                                                                          |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 17.05.2021                                                                          |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                     |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90       |                                                                                     | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | CARITAS DIECEZJI TARNOWSKIEJ                                                        |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnów / 33-100 / Legionów 30                                                       |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | +48 14 641 75 01                                                                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               | 850012901                                                                           |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                     | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | CARITAS DIECEZJI TARNOWSKIEJ                                                        |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jadowniki Mokre / 33-271 / Jadowniki Mokre 340                                      |                                     |                                                                         | X                                                                     |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | 14 6417501 wew.30                                                                   |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 17.05.2021                                                                          |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                     |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91       |                                                                                     | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | NZOZ SPECJALISTYCZNE CENTRUM REHABILITACYJNO-LECZNICZE                              |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wojnicz / 32-830 / Kapielowa 61                                                     |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | 14 679 00 44                                                                        |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               | 120392398                                                                           |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                     | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | NZOZ SPECJALISTYCZNE CENTRUM REHABILITACYJNO-LECZNICZE                              |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wojnicz / 32-830 / Kapielowa 61                                                     |                                     |                                                                         | X                                                                     |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | 14 679 00 44                                                                        |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 17.05.2021                                                                          |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                     |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92       |                                                                                     | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | MY ZROBIMY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnów / 33-100 / Juliusza Słowackiego 6                                            |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | 691 670 425                                                                         |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               | 380865582                                                                           |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                     | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | MY ZROBIMY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnów / 33-100 / al. Matki Bożej Fatimskiej 59                                     |                                     |                                                                         | X                                                                     |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | 691 670 425                                                                         |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 17.05.2021                                                                          |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                     |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93       |                                                                                     | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | Kózkówny                                                                            |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krynica Zdrój / 33-380 / Romana Nitribitta 4                                        |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | 18 471 28 51                                                                        |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                               | 490688502                                                                           |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                     | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | SP ZOZ Sanatorium Uzdrowiskowe MSWiA w Krynicy- Zdroju im. bł. Karoliny<br>Kózkówny | X                                   | X                                                                       |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krynica Zdrój / 33-380 / ul. park Romana Nitribitta 4                               |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefon                                  | 18 471 28 51, 18 473 81 41                                                          |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                            | 01.06.2021                                                                          |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                     |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 94       |                                                                                     | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                            | Rehabilitacja "Fizjo-Med 2"                                                         |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków/ 31-214 / ul. Bałtycka 3                                                     |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |

|                                                     |                                                                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                  | 12 415 04 34                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                 | 356109882                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                              | Rehabilitacja "Fizjo-Med 2"                                              |                                             |                                                                                  | x                                                                               |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków/ 31-214 / ul. Bałtycka 3                                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony                                   | 12 415 04 34                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                              | 01.06.2021                                                               |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95</b>  |                                                                          | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                              | BMG CLINIC                                                               |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wolbrom / 32-340 / ul. Marszałka Piłsudskiego 29                         |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony:                                  | 502 955 072                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                 | 356783785                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                              | BMG CLINIC                                                               |                                             |                                                                                  | x                                                                               |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wolbrom / 32-340 / ul. Marszałka Piłsudskiego 29                         |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony                                   | 502 955 072                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                              | 01.06.2021                                                               |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96</b>  |                                                                          | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                              | Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej                                         |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Proszowice / 32-100/ ul. Parkowa 10                                      |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony:                                  | 608 583 552                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                 | 120945895                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                              | Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej                                         |                                             |                                                                                  | x                                                                               |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Proszowice / 32-100/ ul. Parkowa 10                                      |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony                                   | 608 583 552                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                              | 01.06.2021                                                               |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97</b>  |                                                                          | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W MUSZYNIE    |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Muszyna/ 33-370 / ul. Zefirka 6                                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony:                                  | 018 471 40 37                                                            |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                 | 491974204                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W MUSZYNIE    |                                             |                                                                                  | x                                                                               |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Muszyna/ 33-370 / ul. Zefirka 6                                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony                                   | 018 471 40 37                                                            |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                              | 01.06.2021                                                               |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98</b>  |                                                                          | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH "SALUS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Męcina / 34-654 / Męcina 880                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony:                                  | 530 225 855                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                 | 382453524                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH "SALUS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                             |                                                                                  | x                                                                               |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Męcina / 34-654 / Męcina 880                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony                                   | 530 225 855                                                              |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                              | 01.06.2021                                                               |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99</b>  |                                                                          | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LIPNICY WIELKIEJ        |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lipnica Wielka / 34-483 / Lipnica Wielka 517                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony:                                  | 18 263 45 04                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                 | 490664565                                                                |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LIPNICY WIELKIEJ        |                                             |                                                                                  | x                                                                               |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lipnica Wielka / 34-483 / Lipnica Wielka 517                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony                                   | 18 263 45 04                                                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data dodania do wykazu                              | 01.06.2021                                                               |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100</b> |                                                                          | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRZESKU                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Brzesko /32-800 / ul. Tadeusza Kościuszki 68                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| telefon/ telefony:                                  | 48 14 662 14 25                                                          |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| identyfikator REGON                                 | 304355                                                                   |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRZESKU                 |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Brzesko /32-800 / ul. Tadeusza Kościuszki 68                             |                                             |                                                                                  |                                                                                 |                                                                          |

|                                                     |                                                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| telefon/ telefony                                   | 48 14 662 14 25                                                 |                                     | x                                                                       | x                                                                     |                                                                |
| Data dodania do wykazu                              | 01.06.2021                                                      |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101</b> |                                                                 | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                              | GMINNE CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH W LISIEJ GÓRZE                  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lisia Góra / 33-140 / ul. Sucharskiego 3a                       |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                   | 14 678 49 99                                                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                                 | 851777899                                                       |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                              | GMINNE CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH W LISIEJ GÓRZE                  |                                     |                                                                         | x                                                                     |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lisia Góra / 33-140 / ul. Sucharskiego 3a                       |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                   | 14 678 49 99                                                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                              | 01.06.2021                                                      |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102</b> |                                                                 | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                              | Szpital Św. Anny w Miechowie                                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Miechów / 32-200 / ul. Szpitalna 3                              |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                   | 041 382 03 33                                                   |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                                 | 1208054                                                         |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                              | Szpital Św. Anny w Miechowie                                    |                                     |                                                                         | x                                                                     |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Miechów / 32-200 / ul. Szpitalna 3                              |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                   | 041 382 03 33                                                   |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                              | 01.06.2021                                                      |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103</b> |                                                                 | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                              | Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Chełmku           |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Chełmek / 32-660 / ul. Tadeusza Staicha 1                       |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                   | 33 846 11 69                                                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                                 | 357007652                                                       |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                              | Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Chełmku           |                                     |                                                                         | x                                                                     |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Chełmek / 32-660 / ul. Tadeusza Staicha 1                       |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                   | 33 846 11 69                                                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                              | 01.06.2021                                                      |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 104</b> |                                                                 | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                              | SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA                                          |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa / 03-715 / Stefana Okrzei 1a                           |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                   | 12 629 88 00                                                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                                 | 351618159                                                       |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                              | SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA                                          |                                     |                                                                         | x                                                                     |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków / 30-150 / ul. Armii Krajowej 5                          |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                   | 12 629 88 00                                                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                              | 01.06.2021                                                      |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105</b> |                                                                 | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                              | Centrum Medyczne "Kelles"                                       |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowy Sącz / 33-300 / ul. Jana Kochanowskiego 2                  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                   | 609 550 506                                                     |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                                 | 492730645                                                       |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                              | Centrum Medyczne "Kelles"                                       |                                     |                                                                         | x                                                                     |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowy Sącz / 33-300 / ul. Jana Kochanowskiego 2                  |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                   | 609 550 506                                                     |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                              | 01.06.2021                                                      |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 106</b> |                                                                 | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                              | GMINNE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Radgoszcz / 33-207 / pl. św. Kazimierza 3                       |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                   | 14 641 41 10                                                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| identyfikator REGON                                 | 492730645                                                       |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | zakład lecznictwa<br>uzdrowiskowego | podmiot realizujący<br>rehabilitację leczniczą w<br>trybie stacjonarnym | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>ambulatoryjnych | podmiot realizujący<br>fizjoterapię w<br>warunkach<br>domowych |
| nazwa:                                              | GMINNE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                     |                                                                         | x                                                                     |                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Radgoszcz / 33-207 / ul. Wincentego Witosa 12                   |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| telefon/ telefony                                   | 14 641 41 10                                                    |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data dodania do wykazu                              | 01.06.2021                                                      |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                     |                                                                         |                                                                       |                                                                |