

Załączniki do zarządzenia Nr 117/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 28 czerwca 2021 r.

Załącznik nr 1

Załączniki do zarządzenia Nr 42/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 5 marca 2021 r.

Załącznik nr 1

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 od 9 marca 2021 r. do 31 maja 2021 r. Poziom I 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	doraźne 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	doraźne 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. do 30 czerwca 2021 r.
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu	1.07.2021 r.							
Miejsce udzielania świadczeń 3		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne 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. do 30 czerwca 2021 r.
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu	1.07.2021 r.							

Miejsce udzielania świadczeń 4		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	dorażne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Chirurgia ogólna		X					Poziom III od 1 czerwca 2021 r. do 30 czerwca 2021 r.
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu	1.07.2021 r.							
Miejsce udzielania świadczeń 5		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	dorażne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu		X					Poziom III od 1 czerwca 2021 r. do 30 czerwca 2021 r.
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu	1.07.2021 r.							
Miejsce udzielania świadczeń 6		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	dorażne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Ginekologia i położnictwo		X					Poziom III od 1 czerwca 2021 r. do 30 czerwca 2021 r.
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu	1.07.2021 r.							
Miejsce udzielania świadczeń 7		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	dorażne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Neonatologia		X					Poziom III od 1 czerwca 2021 r. do 30 czerwca 2021 r.
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu	1.07.2021 r.							
Miejsce udzielania świadczeń 8		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	dorażne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Anestezjologia i intensywna terapia		X					Poziom III od 1 czerwca 2021 r. do 30 czerwca 2021 r.
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu	1.07.2021 r.							
Miejsce udzielania świadczeń 9		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	dorażne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Kardiologia		X					Poziom III od 1 czerwca 2021 r. do 30 czerwca 2021 r.
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							

Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 10		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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. do 30 czerwca 2021 r.
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu	1.07.2021 r.							
Miejsce udzielania świadczeń 11		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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. do 30 czerwca 2021 r.
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu	1.07.2021 r.							
Miejsce udzielania świadczeń 12		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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. do 30 czerwca 2021 r.
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu	1.07.2021 r.							
Miejsce udzielania świadczeń 13		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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. do 30 czerwca 2021 r.
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu	1.07.2021 r.							
Miejsce udzielania świadczeń 14		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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. do 30 czerwca 2021 r.
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu	1.07.2021 r.							
Miejsce udzielania świadczeń 15		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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.							
Data wykreślenia z wykazu	31.05.2021 r.							
Miejsce udzielania świadczeń 16		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	dorażne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Dializoterapia		X					Poziom III od 1 czerwca 2021 r. do 30 czerwca 2021 r.
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu	1.07.2021 r.							
Miejsce udzielania świadczeń 17		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	dorażne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Zakład Diagnostyki							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-688, ul. M. Jakubowskiego 2				x			
telefon/ telefony	+48 12 400 36 99							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 18		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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	Kraków, 30-688, ul. M. Jakubowskiego 2					x		
telefon/ telefony	+48 12 400 17 50, +48 12 400 17 51, +48 12 400 17 52							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 19		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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	Kraków, 30-688, ul. M. Jakubowskiego 2							
telefon/ telefony	Nr telefonu dla pacjentów kierowanych przez POZ oraz dla pacjentów z objawami: +48 12 400 12 56, nr telefonu dla pacjentów kierowanych do leczenia uzdrowiskowego: +48 12 400 17 50						S	
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							

Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 20		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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 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 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	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	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		catalog realizowanych świadczeń						
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach							Poziom II 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/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne 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/ obserwacja w kierunku COVID-19	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	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/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne 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. SZCZEKLIKA W TARNOWIE							Poziom II od 8 marca 2021 r. do 31 maja 2021 r. Poziom I 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	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	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. E. SZCZEKLIKA 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 od 9 marca 2021 r do 30 maja 2021 r. Poziom I od 31 maja 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							
identyfikator REGON	000290073							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne 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							
Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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. 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								
Miejsce udzielania świadczeń 3		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne 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		x					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków							

telefon/ telefony:	+48 12 614 20 00, +48 12 614 23 23							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 4		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Oddział Kliniczny Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii		x					III poziom od 9 marca 2021 r. do 30 czerwca 2021 r.
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków							
telefon/ telefony:	tel. +48 504 299 360 (lekarz dyżurny)							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu	1.07.2021 r.							
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6		catalog realizowanych świadczeń						
nazwa:	SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO W NOWYM SĄCZU							Poziom II na 9 marca 2021 r.
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowy Sącz, 33 - 300, ul. Młyńska 10							
telefon/ telefony:	+ 48 18 443 88 77							
identyfikator REGON	000306437							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO W NOWYM SĄCZU		x					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowy Sącz, 33 - 300, ul. Młyńska 5							
telefon/ telefony	tel. + 48 18 44-32-123							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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	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 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	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								

Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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	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								
Miejsce udzielania świadczeń 3		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne 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								
Miejsce udzielania świadczeń 4		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne 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								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8		katalog realizowanych świadczeń						
nazwa:	Nowy Szpital w Olkuszu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością							Poziom II od 9 marca 2021 r. do 20 czerwca 2021 r. Poziom I od 21 czerwca 2021 r.
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olkus, 32-300, ul. 1000-lecia 13							
telefon/ telefony:	+ 48 41 240 1200							
identyfikator REGON	320592435							
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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	Olkusz, 32-300, ul. 1000-lecia 13							
telefon/ telefony	tel. + 48 41 240 12 45 (pon.-śr.i pt. 10:00-14:30 , czw.11:00-15:30), + 48 41 240 12 76 (sob.-nd.10:00-14:30)							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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	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								
Miejsce udzielania świadczeń 3		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Nowy Szpital w Olkusz Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olkusz, 32-300, ul. 1000-lecia 13		X					
telefon/ telefony	+ 48 41 240 1200							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9		katalog realizowanych świadczeń						
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W PROSZOWICACH							Poziom II od 9 marca 2021 r. do 13 czerwca 2021 r. Poziom I od 14 czerwca 2021 r.
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Proszowice, 32-100, ul. Mikołaja Kopernika 13							
telefon/ telefony:	+48 12 386 51 00, +48 12 386 51 05							
identyfikator REGON	000300593							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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	Proszowice, 32-100, ul. Mikołaja Kopernika 13							
telefon/ telefony	+48 12 386 51 22							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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						S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Proszowice, 32-100, ul. Mikołaja Kopernika 13							
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								
Miejsce udzielania świadczeń 3		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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		x					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Mikołaja Kopernika 13, 32-100 Proszowice							
telefon/ telefony:	+48 12 386 51 00, +48 12 386 51 05							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10		katalog realizowanych świadczeń						
nazwa:	Szpital Św. Anny w Miechowie							Poziom II od 9 marca 2021 r.
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Miechów, 32-200, ul. Szpitalna 3							
telefon/ telefony:	+48 41 38 20 100,							
identyfikator REGON	000304384							
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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	Miechów, 32-200, ul. Szpitalna 3							

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	doraźne 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	doraźne 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	doraźne 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							Poziom II od 8 marca 2021 r. do 1 czerwca 2021 r. Poziom I od 2 czerwca 2021 r.
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	doraźne 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 (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	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	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/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne 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/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne 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 od 25 marca 2021 r. do 30 czerwca 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	01.07.2021 r.							
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/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne 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)	X						
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	21.06.2021							
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne 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. Chyszowska 10, 33-100 Tarnów							
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	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 od 9 marca 2021 r. do 11 czerwca 2021 r. Poziom I od 12 czerwca 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	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	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. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa					x		
telefon/ telefony	+48 18 330 17 00 wew. 845; 846; 858; 859							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 3		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa						S	
telefon/ telefony	tel. +48 536 544 595, +48 668 537 028							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 4		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Szpital Powiatowy w Limanowej Imienia Miłosierdzia Bożego							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa		x					
telefon/ telefony:	+48 18 330 17 00							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15		katalog realizowanych świadczeń						
nazwa:	SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Armii Krajowej 18, 30-150 Kraków							
telefon/ telefony:	+48 12 629 89 00, +48 12 629 88 00							
identyfikator REGON	351618159							
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA (1 zespół transportu sanitarnego)	x						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Armii Krajowej 5, 30-150 Kraków							

telefon/ telefony								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu	21.06.2021							
Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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	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	dorażne 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	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. 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	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	OPC Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp. k.	X						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków 31 - 535, ul. Gęsia 22a							
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 od marca 2021 r. do 21 maja 2021. Poziom I 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	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	18.06.2021 r.							
Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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	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	dorażne 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	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								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18		katalog realizowanych świadczeń						
nazwa:	Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.							Poziom II od 9 marca 2021 r. do 29 maja 2021 r. 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							
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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	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								
Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	dorażne 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								
Miejsce udzielania świadczeń 3		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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	Kraków, 31-826 , os. Złotej Jesieni 1					X		
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								
Miejsce udzielania świadczeń 4		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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 Oddział Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej (kod res. cz. VII 079)		X					III poziom od 25 marca 2021 r. do 30 czerwca 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	1.07.2021 r.							
Miejsce udzielania świadczeń 5		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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					SZPITAL TYMCZASOWY 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.							
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19		katalog realizowanych świadczeń						
nazwa:	Uniwersytecki Szpital Dzieciątęcy w Krakowie							Poziom I 9.03.2021 r. do 2.04.2021 r. Poziom II 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							
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Uniwersytecki Szpital Dzieciątęcy 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								

Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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, 30-663 , 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								
Miejsce udzielania świadczeń 3		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii		X					Poziom III od 9 marca 2021 r. do 30 czerwca 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) +48 12 658 20 11 wew. 1365 (Dyżurka pielęgnarska)							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu	1.07.2021 r.							
Miejsce udzielania świadczeń 4		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Oddział Onkologii i Hematologii Dziecięcej		X					Poziom III od 3 kwietnia 2021 r. do 30 czerwca 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) +48 12 658 20 11 wew. 1365 (Dyżurka pielęgnarska)							
Data dodania do wykazu	3.04.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu	1.07.2021 r.							
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20		kategoria realizowanych świadczeń						
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie							Poziom II 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							

Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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								
Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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							Poziom II od 9 marca 2021 r. do 28 maja 2021r. Poziom I od 29 maja 2021r.
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 **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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. 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/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne 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.Łukasza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie							Poziom II od 9 marca 2021 r. do 14 maja 2021 r. Poziom I od 15 maja 2021 r.
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							
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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. 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								
Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne 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								
Miejsce udzielania świadczeń 3		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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								
Miejsce udzielania świadczeń 4		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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		X					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów							
telefon/ telefony:	tel. +48 14 631 50 00							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23		kategoria realizowanych świadczeń						
nazwa:	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dzieciątęcy im. Św. Ludwika w Krakowie							Poziom I na 9 marca 2021 r.
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							
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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. Strzelecka 2, 31-503 Kraków							
telefon/ telefony	tel. + 48 12 619 86 13 + 48 12 619 86 17							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	dorażne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika w Krakowie		X					
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								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24		kategoria realizowanych świadczeń						
nazwa:	Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie							Poziom I na 9 marca 2021 r.
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Jarosława Dąbrowskiego 19, 34-120 Andrychów							
telefon/ telefony:	tel. +48 33 875 24 46							
identyfikator REGON	000805666							
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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	Jarosława Dąbrowskiego 19, 34-120 Andrychów							
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							

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Józefa Babińskiego 29, 30-393 Kraków							Poziom I na 9 marca 2021 r.
telefon/ telefony:	tel. +48 12 652 43 47							
identyfikator REGON	000805666							
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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. Józefa Babińskiego 29, 30-393 Kraków							
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 sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	dorażne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie		x					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Józefa Babińskiego 29, 30-393 Kraków							
telefon/ telefony	tel. +48 12 652 43 47							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 3		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	dorażne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Leczenie psychiatryczne dla dorosłych		x					Poziom III od 9 marca 2021 r. do 30 czerwca 2021 r.
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Józefa Babińskiego 29, 30-393 Kraków							
telefon/ telefony	tel. +48 12 652 43 47							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu	1.07.2021 r.							
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26		kategoria realizowanych świadczeń						
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital im. dr. Józefa Dietla w Krynicy- Zdroju							Poziom II od 9 marca 2021 r. do 13 czerwca 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							Poziom I od 14 czerwca 2021 r.
identyfikator REGON	000300587							
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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								
Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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								
Miejsce udzielania świadczeń 3		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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	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	doraźne 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 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							
identyfikator REGON	000311510							
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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. 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								
Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane							
telefon/ telefony	tel. +48 18 20 120 21 wew. 100 lub 291							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								

Miejsce udzielania świadczeń 3		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	dorażne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem		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 20 153 51							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 4		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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					Poziom III 9 marca 2021 r. do 24 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	24.03.2021 r.							
Miejsce udzielania świadczeń 5		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	dorażne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej		X					Poziom III od 8 marca 2021 r. do 30 czerwca 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	1.07.2021 r.							
Miejsce udzielania świadczeń 6		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w	dorażne świadczenia	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 od 9 marca 2021 r. do 30 czerwca 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	1.07.2021 r.							
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28		kategoria realizowanych świadczeń						
nazwa:	Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu							Poziom II

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wysokie Brzegi 4, 32-600 Oświęcim							od 9 marca 2021 r. do 30 czerwca 2021 r. Poziom I od 1 lipca 2021 r.
telefon/ telefony:	tel. +48 33 842 37 42							
identyfikator REGON	000304409							
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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	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	doraźne 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	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 od 9 marca 2021 r. do 30 czerwca 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							Poziom I od 1 lipca 2021 r.
identyfikator REGON	000306466							
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	dorażne 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	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	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	dorażne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach		x					
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							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 4		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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	Karmelicka 12, 34-100 Wadowice (Pawilon AB)							
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							Poziom II na 9 marca 2021 r. do 17 czerwca 2021 r. Poziom I od 18 czerwca 2021 r.
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	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 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	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej				x			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka							
telefon/ telefony	tel. +48 33 87 23 276							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 3		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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. 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								

Miejsce udzielania świadczeń 4		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej		x					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka							
telefon/ telefony:	tel. +48 33 872 31 00							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31		kategoria realizowanych świadczeń						
nazwa:	Szpital Powiatowy w Chrzanowie							Poziom II na 9 marca 2021 r.
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów							
telefon/ telefony:	tel. +48 18 47 32 400							
identyfikator REGON	000310108							
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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. 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	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej				x			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów							
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	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej						S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów							
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	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Szpital Powiatowy w Chrzanowie		x					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów							
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							Poziom II od 9 marca 2021 r. do 31 maja 2021 r. Poziom I od 1 czerwca 2021 r.
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko							
telefon/ telefony:	tel. +48 14 662 10 00							
identyfikator REGON	000304355							
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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	Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko							
telefon/ telefony	tel. +48 14 66 21 165, +48 14 66 21 285, +48 14 66 21 166							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								

Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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	Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko							
telefon/ telefony	tel. +48 14 66 21 166							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 3		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Laboratorium mikrobiologii i immunodiagnostyki chorób zakaźnych				x			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko							
telefon/ telefony	tel. +48 14 66 21 225 lub +48 14 66 21 330 lub +48 14 66 21 227							
Miejsce udzielania świadczeń 4		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku		x					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko							
telefon/ telefony:	tel. +48 14 662 10 00							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 5		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku	X						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko							
telefon/ telefony:	tel. +48 14 66 21 166							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu	21.06.2021							
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33		kategoria realizowanych świadczeń						

nazwa:	Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach							Poziom II od 9 marca 2021 r. do 13 czerwca 2021 r. Poziom I od 14 czerwca 2021 r.
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice							
telefon/ telefony:	tel. +48 18 35 -53-200							
identyfikator REGON	000308614							
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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. Węgierska 21, 38-300 Gorlice							
telefon/ telefony	tel. +48 18 35-53-505, +48 18 35-53-501							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach, punkt pobrań						S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice							
telefon/ telefony	tel. +48 18 35 53 504, +48 797 316 695							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 3		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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	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	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Leczenie psychiatryczne dla dorosłych		X					Poziom III od 9 marca 2021 r. do 13 czerwca 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	14.06.2021 r.							
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34		kategoria realizowanych świadczeń						
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni "Szpital Powiatowy" im. Bł. Marty Wieckiej							Poziom II na 9 marca 2021 r. do 27 czerwca 2021 r. Poziom I od 28 czerwca 2021 r.
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia							
telefon/ telefony:	tel. +48 14 61 53 400							
identyfikator REGON	000304349							
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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. Krakowska 31, 32-700 Bochnia							
telefon/ telefony	tel. +48 14 61 53 262, +48 14 61 53 302							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								

Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Punkt Pobrań przy Szpitalnym Oddziale Ratunkowym						S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia							
telefon/ telefony	tel. +48 662 021 204							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 3		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni "Szpital Powiatowy" im. Bł. Marty Wieckiej		x					
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								
Miejsce udzielania świadczeń 4		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Oddział Położniczo – Ginekologiczny		x					Poziom III od 9 marca 2021 r. do 30 czerwca 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	1.07.2021 r.							
Miejsce udzielania świadczeń 5		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Oddział Chirurgii Ogólnej		x					Poziom III od 9 marca 2021 r. do 30 czerwca 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	1.07.2021 r.							

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35		kategoria realizowanych świadczeń						
nazwa:	Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie							Poziom II od 8 marca 2021 r. do 11 czerwca 2021 r. Poziom I 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	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	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.							Poziom I na 9 marca 2021 r.
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Słoneczna 3, 34-700 Rabka-Zdrój							
telefon/ telefony:	tel. +48 18 26 77 001							
identyfikator REGON	120480323							
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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. Słoneczna 3, 34-700 Rabka-Zdrój							
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 sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	dorażne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	„Szpital Miejski w Rabce-Zdroju” Sp. z o.o.	X	X					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Słoneczna 3, 34-700 Rabka-Zdrój							
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 sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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. Zarabie 35 c, 32-410 Dobczyce							
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	dorażne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Punkt mobilny Drive Thru						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	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. 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	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. 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	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. 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	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Punkt mobilny Drive Thru (Stadion Hutnika)						S	

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Ptaszyckiego 4, 31-979 Kraków						
telefon/ telefony	+ 48 799 399 361						
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.						
Data wykreślenia z wykazu	12.06.2021 r.						

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39		kategoria realizowanych świadczeń						
nazwa:	Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc							Poziom I na 9 marca 2021 r.
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prof. Jana Rudnika 3b, 34-700 Rabka Zdrój							
telefon/ telefony:	+48 18 267 60 60							
identyfikator REGON	000288490-000-20							
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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. Prof. Jana Rudnika 3b, 34-700 Rabka Zdrój				X			
telefon/ telefony	+48 18 267 60 60 wew. 346 lub 357							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prof. Jana Rudnika 3b, 34-700 Rabka Zdrój		X					
telefon/ telefony:	+48 18 267 60 60							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40		kategoria realizowanych świadczeń						
nazwa:	Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o.							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 1, 33-170 Tuchów							
telefon/ telefony:	tel. +48 14 65 35 101							
identyfikator REGON	120446616							
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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. Szpitalna 1, 33-170 Tuchów						S	
telefon/ telefony	tel.+ 48 575 546 730							

Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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	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						
nazwa:	Małopolski Szpital Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły							Poziom I na 9 marca 2021 r.
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							
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	dorażne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	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						
nazwa:	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							

Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne 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. Kościuszki 15, 32-020 Wieliczka							
telefon/ telefony	tel. +48 12 381 82 09							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 2*		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43		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							
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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. Legionów Polskich 2, 32-065 Krzeszowice							
telefon/ telefony	tel. + 48 793 600 112							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								

Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 6		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 7		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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. Nadbrzeżna 36, 33-300 Nowy Sącz (za Halą Widowiskowo - Sportową)							
telefon/ telefony	tel. + 48 793 600 112							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 8		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	dorażne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Punkt pobrań (punkt zlokalizowany w budynku Park Hotel)						S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Olkusa 6, 32-085 Szyce							
telefon/ telefony	tel.: +48 793 600 112							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu	12.06.2021 r.							
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44		katalog realizowanych świadczeń						
nazwa:	Gyncentrum Sp. z o.o.							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Żelazna 1, 40-851 Katowice							
telefon/ telefony:	tel. +48 32 359 09 32, +48 32 359 09 33							
identyfikator REGON	383762894							

Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Punkt Pobrań GynCentrum Drive-thru KRAKÓW						S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. W. E. Radzikowskiego, 31-342 Kraków							
telefon/ telefony	tel. +48 32 506 50 86							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
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	doraźne 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	doraźne 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	doraźne 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.							
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47		katalog realizowanych świadczeń						
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							
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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. 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.							
Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
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.							
Miejsce udzielania świadczeń 3		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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. Jana Kremkiego 79, 31-859 Kraków							
telefon/ telefony	tel.: +48 792 091 591							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48		katalog realizowanych świadczeń						
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	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	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	Plac Dworcowy 6, 33- 100 Tarnów (budynek B)						S	
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							
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/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im. dr. S. Jasińskiego w 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/ obserwacja w kierunku COVID-19	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					
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	01.07.2021 r.							
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52		catalog realizowanych świadczeń						
nazwa:	Centrum Medyczne Ujastek spółka z o.o.							Poziom III od 9 marca 2021 r. do 30 czerwca 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/ obserwacja w kierunku COVID-19	dorażne 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	01.07.2021 r.							
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53		catalog realizowanych świadczeń						
nazwa:	Mateusz Sobczak FUH Diagnoza							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Diamentowa 8/22, 43 - 600 Jaworzno							
telefon/ telefony:								
identyfikator REGON	241840124							
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	dorażne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Punkt Pobrań (Parking przy Ośrodku Sportu i Rekreacji)						S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kolna 2, 30-381 Kraków							
telefon/ telefony	tel. +48 511 260 682							
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	dorażne 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								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54		katalog realizowanych świadczeń						
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	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Punkt Pobrań Drive Thru (parking naprzeciwko Basenu)							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	al. Adama Wietrznego 5, 34-120 Andrychów						S	
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	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	Łącko 53, 33-390 Łącko						S	
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 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	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								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57		katalog realizowanych świadczeń						
nazwa:	Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie sp. z o. o.							Poziom II od 18 marca 2021 r. do 23 maja 2021 r. Poziom I 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							
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58		katalog realizowanych świadczeń						

nazwa:	INTERCARD sp. z o.o. z siedzibą w Krakowie							
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							
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom III od 8 kwietnia 2021 r. do 30 czerwca 2021 r.
nazwa:	Centrum Kardiologii Inwazyjnej Elektroterapii i Angiologii							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Młyńska 5, 33-300 Nowy Sącz		X					
telefon/ telefony	tel.: +48 18 440 74 91							
Data dodania do wykazu	8.04.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu	01.07.2021 r.							
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59		katalog realizowanych świadczeń						
nazwa:	„Szpital Skawina” Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Tyniecka 15, 32-050 Skawina							
telefon/ telefony:	tel.: +48 12 444 65 26							
identyfikator REGON	12274829600000							
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom II od 14 kwietnia 2021 r. do 30 kwietnia 2021 r.
nazwa:	„Szpital Skawina” Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Tyniecka 15, 32-050 Skawina		X					
telefon/ telefony	tel.: +48 18 440 74 91							
Data dodania do wykazu	14.04.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu	30.04.2021 r.							
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60		katalog realizowanych świadczeń						
nazwa:	WIOLETTA JĘDRZEJOWSKA PRYWATNY GABINET STOMATOLOGICZNY							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	34 -713 Skawa 9							
telefon/ telefony:	48 608 418 386							
identyfikator REGON	490361623							

Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	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	34 -713 Skawa 9							
telefon/ telefony	48 608 418 386							
Data dodania do wykazu	5.06.2021 r.							
Data wykreślenia z wykazu								

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

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

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 i aptek ogólnodostępnych 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/ telefon:	+48 12 424 70 00, +48 12 424 70 01		
identyfikator REGON	000288685		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, 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/ telefon:	tel.: +48 501 465 894		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	SZPITAL TYMCZASOWY -SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-501, Kopernika 50		
telefon/ telefon:	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/ telefon:	tel.: + 48 12 644 01 44, +48 12 622 94 65		
identyfikator REGON	000630161		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, 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/ telefon:	tel.: +48 12 622 93 42		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia chorób zakaźnych	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-913, os. Na Skarpie 66		
telefon/ telefon:	126229502		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia chorób zakaźnych dzieci - BUDYNEK H	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-913, os. Na Skarpie 66 budynek H		
telefon/ telefon:	126229502		
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia medycyny pracy - BUDYNEK C	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-913, os. Na Skarpie 66 budynek C		
telefon/ telefon:	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/ telefon:	tel. +48 12 646 8 502		
identyfikator REGON	121188694		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, 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/ telefon:	tel.: +48 606 629 315		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	EXPO KRAKÓW - POPULACYJNE Punkt szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-586, Galicyjska 9		
telefon/ telefon:	727797074		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie sp. z o.o. - EXPO KRAKÓW Szpital Tymczasowy	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-586, Galicyjska 9		
telefon/ telefon:	727797074		
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.Lukasza 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		

Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Szpital Wojewódzki im.Św.Lukasza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie	W	-
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			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - ARENA JASKÓŁKA	-	PSP
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu	W	-
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			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Szpital Specjalistyczny im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu	-	PSP
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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/ telefon	+48 18 263 30 01		
identyfikator REGON	000308324		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu	W	-
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			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet Opieki Całodobowej Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu	-	POP
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			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Starostwo Powiatowe w Nowym Targu	-	PSP
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			
Miejsce udzielania świadczeń 4		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu - Węglowo-Populacyjny	-	PSP
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Specjalistyczny Szpital im. E. Szczeklika w Tarnowie	W	-
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilanych		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MOGILANY, 32-031, ul. Św. Bartłomieja Apostoła 21		
telefon/ telefon	12 27 01 999, 12 27 01 270, 12 27 77 177		
identyfikator REGON	351571541		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilanych	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MOGILANY, 32-031, Św. Bartłomieja Apostoła 21		
telefon/ telefon	122777170		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Proszowicach		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Proszowice, 32-100, ul. Mikołaja Kopernika 13		
telefon/ telefon:	+48 12 386 51 00, +48 12 386 51 05		
identyfikator REGON	000300593		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Proszowicach	W	-
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Proszowice, 32-100, ul. Mikołaja Kopernika 13		
telefon/ telefon	tel. +48 606 612 738		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia ogólna	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KUCZYCE, 32-010, Dworska 1		
telefon/ telefon	123871199		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia ogólna	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIERZBNO, 32-104, 2		
telefon/ telefon	123869299		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet lekarza POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WAWRZEŃCZYCE, 32-125, 174		
telefon/ telefon	122874009		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 5		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia ogólna	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	IGOŁOMIA, 32-126, 16		
telefon/ telefon	122873014		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 6		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Szpital - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W PROSZOWICACH	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PROSZOWICE, 32-100, Mikołaja Kopernika 13		
telefon/ telefon	690117868		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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 27 82 824		
identyfikator REGON	350674687		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia Ogólna - SPZO w Wieliczce	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, Bolesława Szpunara 20		
telefon/ telefon	733030577		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-202, ul. Prądnicka 35-37		
telefon/ telefon:	12 416 22 66		
identyfikator REGON	357207664		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie	W	-
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prądnicka 35-37, 31-202 Kraków		
telefon/ telefon	tel. +48 609 227 009		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza - PUNKT SZCZEPIEŃ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-202, Prądnicka 35-37		
telefon/ telefon	122578672		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-202, ul. Prądnicka 80		
telefon/ telefon:	126142000		
identyfikator REGON	000290073		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie	W	-
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków,		
telefon/ telefon	tel. +48 504 906 449		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Wojewódzka Poradnia Szczepień Ochronnych	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-202, Prądnicka 80		
telefon/ telefon	0126142237		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GÓLCZY		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GÓLCZA, 32-075, 80C-D		
telefon/ telefon	12 38 86 099		
identyfikator REGON	351566391		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet lekarza POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GÓLCZA, 32-075, 80 C-D		
telefon/ telefon	123886099		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DZIEWINIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DZIEWIN, 32-708, 48A		
telefon/ telefon	12 28 17 198; 12 28 17 124		
identyfikator REGON	351145212		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	OŚRODEK ZDROWIA W DZIEWINIE	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DZIEWIN, 32-708, 48 a		
telefon/ telefon	122817198		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	OŚRODEK ZDROWIA W DZIEWINIE - Z FILIĄ DZIAŁAJĄCĄ W ŚWINIARACH	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŚWINIARY, 32-709, 117		
telefon/ telefon	122817002		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	SPECJALISTYCZNE CENTRUM DIAGNOSTYCZNO - ZABIEGOWE MEDICINA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-559, ul. Stefana Rogozińskiego 5		
telefon/ telefon	124173311		
identyfikator REGON	008397907		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet Lekarza POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-559, Grzegorzeczka 67C		
telefon/ telefon	123457001		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-307, Barska 12		
telefon/ telefon	122665062		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-559, Stefana Rogozińskiego 5		
telefon/ telefon	124173311		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE UJASTEK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-752, ul. Ujastek 3		
telefon/ telefon	12 68 33 800		
identyfikator REGON	350887420		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień Centrum Medyczne "Ujastek"	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-752, Ujastek 3		
telefon/ telefon	126833844		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY RODZINNYCH Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-061, ul. Bocheńska 4		
telefon/ telefon	12 43 05 773		
identyfikator REGON	351063365		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Grupowa Lekarzy Rodzinnych	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-061, Bocheńska 4		
telefon/ telefon	124305773		2
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18			

nazwa:	NZOZ SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA ERGOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA	szczenie personelu	szczenie populacyjne
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-415, ul. Bonarka 18		
telefon/ telefon	12 26 62 195		
identyfikator REGON	351269256		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia lekarza POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-415, Bonarka 18		1
telefon/ telefon	122662195		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - PRAKTYKA LEKARZY RODZINNYCH ZOFA KRAJ, JOANNA SUŁOWSKA SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-636, Osiedle Oświecenia 45		
telefon/ telefon	+48 126410400		
identyfikator REGON	351356469		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia lekarza rodzinnego	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-636, os. Oświecenia 45		1
telefon/ telefon	126410400		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	DIAGNOSTYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-864, Prof. Michała Życzkowskiego 16		1
telefon/ telefon	122950100		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-034, Mikołaja Kopernika 8		1
telefon/ telefon	122950100		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA - OŚRODEK ZDROWIA W SIEPRAWIU, JOLANTA BOBROWSKA - SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEPRAW, 32-447, 898		
telefon/ telefon	12 27 46 030		
identyfikator REGON	351492215		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEPRAW, 32-447, 741		1
telefon/ telefon	122746030		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	LEKARZE RODZINNI E.FIGIEL, M.FIGIEL S.C.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-235, ul. Kolo Białuchy 25		
telefon/ telefon	12 25 00 670		
identyfikator REGON	351514320		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarzy Rodzinnych	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TRĄBK, 32-020, 159		1
telefon/ telefon	602702915		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	SANO-MED SP Z O.O.	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWE BRZESKO, 32-120, PARTYZANTÓW 4		1
telefon/ telefon	12 3852012		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	PRZYCHODNIA MEDYCYNY RODZINNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SULKOWICE, 32-440, ul. Szkolna 9		
telefon/ telefon	2732173		
identyfikator REGON	351535798		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia Medycyny Rodzinnej w Sulkowicach		- - -

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SULKOWICE, 32-440, Szkolna 9	-	POP
telefon/ telefony	883314866		2
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia Medycyny Rodzinnej-Punkt Lekarski w Izdebniku	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	IZDEBNIK, 34-144, Krakowska 9		1
telefon/ telefony	883314866		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia Medycyny Rodzinnej-Oddział w Lanckoronie	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LANCKORONA, 34-143, 10		1
telefon/ telefony	883314866		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO ELŻBIETA WODNIAK		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIŚNIOWA, 32-412, 1		
telefon/ telefony:	501 008 281		
identyfikator REGON	351518297		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet Lekarza Rodzinnego	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIŚNIOWA, 32-412, 1		1
telefon/ telefony	501008281		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Lucyna Kufel		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZIELONKI, 32-087, ul. Galicyjska 15		
telefon/ telefony:	12 28 50 014		
identyfikator REGON	351306715		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NZOZ Gabinet Lekarza Rodzinnego lek. med. Lucyna Kufel	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZIELONKI, 32-087, Galicyjska 15		1
telefon/ telefony	122850014		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	MALGORZATA SOWIŃSKA-SOWA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RYBNA, 32-061, ul. Lawendowa 2		
telefon/ telefony:	12 28 04 004		
identyfikator REGON	351562737		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	punkt szczytów NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RYBNA, 32-061, Lawendowa 2		1
telefon/ telefony	122804004		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	punkt szczytów NZOZ - Praktyka Lekarza Rodzinnego Filia w Krzeszowicach	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRZESZOWICE, 32-065, Legionów Polskich 7A		1
telefon/ telefony	122826580		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	TOMASZ SOBALSKI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZIELONKI, 32-087, ul. Galicyjska 15		
telefon/ telefony:	601 461 105		
identyfikator REGON	351258376		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gabinet Lekarza Rodzinnego lek. med. Tomasz Sobalski	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZIELONKI, 32-087, Galicyjska 15		1
telefon/ telefony	122850112		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Andrzej Zajac Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Batowice		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BATOWICE, 32-086, ul. Karola Wojtyły 110		
telefon/ telefony:	12 28 59 417		
identyfikator REGON	351304969		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet(poradnia) podstawowej opieki zdrowotnej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BATOWICE, 32-086, Karola Wojtyły 110		1
telefon/ telefony	122859417		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	RAFAL KACORZYK		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-092, ul. Krakusów 18/2		

telefon/ telefon:	12 63 86 632		
identyfikator REGON	351304410		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	punkt szczepień NZOZ Gabinet Lekarza Rodzinnego Rafał Kacoryk	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZOZÓWKA, 32-088, krakowska 20		1
telefon/ telefon	124194817		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	MALGORZATA KULIS-MACHETA CENTRUM MEDYCZNO - DIAGNOSTYCZNE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-015, ul. Cieszyńska 16		
telefon/ telefon:	609 533 656		
identyfikator REGON	350524730		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	PORADNIA LEKARZA POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-015, Cieszyńska 16		2
telefon/ telefon	122221240		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Praktyka Grupowa Lekarzy Rodzinnych Spółka Jawna Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ewa Drohomirecka-Zach & Małgorzata Zawiała		
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia Lekarza Rodzinnego	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-869, os. 2 Pułku Lotniczego 22		1
telefon/ telefon	126491321		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Zespół Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Tarnowskiej	W	-
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1		
telefon/ telefon	tel.: 448 603131338		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Szpitalna Przychodnia Rodzinna	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DĄBROWA TARNOWSKA, 33-200, Szpitalna 1		1
telefon/ telefon	146422831		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Szpital w Dąbrowie Tarnowskiej	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DĄBROWA TARNOWSKA, 33-200, Szpitalna 1		3
telefon/ telefon	146443341		
Data dodania do wykazu	29.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W OLEŚNIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLEŚNO, 33-210, ul. Leśna 10		
telefon/ telefon:	14 64 11 011		
identyfikator REGON	850446574		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLEŚNO, 33-210, Leśna 10		1
telefon/ telefon	146411011		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RZĘZAWIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RZĘZAWA, 32-765, ul. Wiśniowa 30		
telefon/ telefon:	14 68 58 410		
identyfikator REGON	850521962		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RZĘZAWA, 32-765, Wiśniowa 30		1
telefon/ telefon	146127818		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	MOŚCICKIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-101, ul. Eugeniusza Kwiatkowskiego 15		
telefon/ telefon:	14 68 80 511		
identyfikator REGON	851664020		

Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Mościckie Centrum Medyczne - Poradnia Rodzinna	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-101, E. Kwiatkowskiego 15		1
telefon/ telefony	tel: 14 688 05 50		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	MOŚCICKIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	P	-
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-101, E. Kwiatkowskiego 15		
telefon/ telefony	tel: 14 688 05 50		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	"CENTERMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, pl. Jana Sobieskiego 2		
telefon/ telefony	14 63 14 800		
identyfikator REGON	851659993		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	CenterMed Sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Diagnostyczno-Lekarska Filia Nr 2	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, Kazimierza Pułaskiego 92		1
telefon/ telefony	14 62 70 810		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	CenterMed Sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Diagnostyczno-Lekarska Filia Nr 3	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZGŁOBICE, 33-113, Zgłobicka 9		1
telefon/ telefony	146743021		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	CenterMed Sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Diagnostyczno-Lekarska Brzeskie Centrum Medyczne	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Brzesko, 32-800, Browarna 5c		1
telefon/ telefony	146635141		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko		
telefon/ telefony	tel. +48 14 662 10 00		
identyfikator REGON	000304355		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku	W	-
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko		
telefon/ telefony	tel.: +48 511438360		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia ogólna	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZESKO, 32-800, Tadeusza Kościuszki 68		1
telefon/ telefony	146621171		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH SPZOZ W BRZESKU	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZESKO, 32-800, Tadeusza Kościuszki 68		4
telefon/ telefony	509 640 404 509 640 423		
Data dodania do wykazu	21.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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/ telefony	18 3335014		
identyfikator REGON	366213181		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet zabiegowy	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁUKOWICA, 34-606, 8		1
telefon/ telefony	183335014		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	UZDROWISKO SZCZAWNICA SPÓŁKA AKCYJNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZAWNICA, 34-460, ul. Źdrojowa 26		
telefon/ telefony	185400420		
identyfikator REGON	000288219		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia Uzdrowskowa	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZAWNICA, 34-460, Park Górny 2		1
telefon/ telefony	18 26 22 220		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		

Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	UZDROWISKO SZCZAWNICA SPÓŁKA AKCYJNA	P	-
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZAWNICA, 34-460, ul. Zdrojowa 26		
telefon/ telefony	tel: 1805400420		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	NZÓZ JODŁOWNIK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JODŁOWNIK, 34-620, 174		
telefon/ telefony:	18 33 21 120		
identyfikator REGON	369412640		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	punkt szczepień Gabinet Lekarza POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JODŁOWNIK, 34-620, 174		
telefon/ telefony	183321120		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "LEKARZ RODZINNY" EDYTA MRÓZ, MARCIN MRÓZ SPÓŁKA PARTNERSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁABOWA, 33-336, 284		
telefon/ telefony:	18 47 11 286		
identyfikator REGON	121409267		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁABOWA, 33-336, 284		
telefon/ telefony	184711286		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	"UZDROWISKO KRYNICA-ZĘGIESTÓW" SPÓŁKA AKCYJNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, al. Aleja inż. Nowotarskiego 9/4		
telefon/ telefony:	18471201		
identyfikator REGON	491900275		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Sanatorium Uzdrowskowie Patria	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, Kazimierza Pułaskiego 35		
telefon/ telefony	184712811		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Dziedzic Janusz Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SŁOPNICE, 34-615, 518		
telefon/ telefony:	18 3326004		
identyfikator REGON	121403543		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Słopnicach	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SŁOPNICE, 34-615, 518		
telefon/ telefony	183326004		2
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Stanisława Kucharska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZAWA, 34-607, 425		
telefon/ telefony:	18 33 24 015		
identyfikator REGON	490103453		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szczawie	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZAWA, 34-607, 425		
telefon/ telefony	183324015		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	BOR-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRASNE-LASOCCIE, 34-620, 192		
telefon/ telefony:	18 33 21 403		
identyfikator REGON	360679085		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Bor-Med - PUNKT SZCZEPIEŃ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRASNE-LASOCCIE, 34-620, Krasne 192		
telefon/ telefony	183321403		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet Lekarza Rodzinnego - PUNKT SZCZEPIEŃ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁAPANÓW, 32-740, 185		
telefon/ telefony	146853425		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem	W	-
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			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia lekarza POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAKOPANE, 34-500, Kamieniec 10		
telefon/ telefon:	182012021		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAKOPANE, 34-500, Kamieniec 10		
telefon/ telefon:	182012021 264		2
Data dodania do wykazu	23.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach		
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach	W	-
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			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet lekarza POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GORLICE, 38-300, Węgierska 21		
telefon/ telefon:	183553260		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GORLICE, 38-300, Sportowa 9		
telefon/ telefon:	183553222		4
Data dodania do wykazu	21.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W MANIOWACH		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MANIOWY, 34-436, ul. Gorczańska 6		
telefon/ telefon:	18 27 50 088		
identyfikator REGON	490687997		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek Zdrowia W MANIOWACH	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MANIOWY, 34-436, GORCZAŃSKA 6		
telefon/ telefon:	182750088		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W NAPRAWIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NAPRAWA, 34-240, 477		
telefon/ telefon:	18 26 72 012		
identyfikator REGON	357168480		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NAPRAWA, 34-240, 477		
telefon/ telefon:	182672012		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LIPNICY WIELKIEJ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIPNICA WIELKA, 34-483, 517		
telefon/ telefon:	18 26 34 504		
identyfikator REGON	490664565		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LIPNICY WIELKIEJ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIPNICA WIELKA, 34-483, 517		
telefon/ telefon:	182634504		2
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W ŁAPSZACH NIŻNYCH		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁAPSZE NIŻNE, 34-442, ul. Długa 169		
telefon/ telefon	182659398		
identyfikator REGON	490529927		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek Zdrowia w Łapszach Niżnych		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁAPSZE NIŻNE, 34-442, Długa 169		
telefon/ telefon	182659398		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W SZAFŁARACH		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZAFLARY, 34-424, UL. WŁADYSŁAWA ORKANA 37C		
telefon/ telefon	18 27 54 776		
identyfikator REGON	490765680		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W SZAFŁARACH		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZAFLARY, 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	OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Wysokie Brzegi 4		
telefon/ telefon	33 844 82 00		
identyfikator REGON	000304409		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wysokie Brzegi 4, 32-600 Oświęcim		
telefon/ telefon	tel. +48 605666823		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Wysokie Brzegi 4		
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia lekarza poz		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIEPRZ, 34-122, Wadowicka 3		
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Mucharzu		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MUCHARZ, 34-106, 226		
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZEMBRZYCE, 34-210, 541		
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 BIEŃKOWIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIEŃKÓWKA, 34-212, 410		
telefon/ telefon	33 874 01 61		
identyfikator REGON	072148614		

Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Ośrodek Zdrowia w Bienkówie	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: BIENKÓWKA, 34-212, 410		
telefon/ telefon: 33 874 01 61		1
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	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Miejska Przychodnia Zdrowia w Suchej Beskidzkiej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: SUCHA BESKIDZKA, 34-200, Handlowa 1		
telefon/ telefon: 338742817		1
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 PODHALAŃSKI, 34-220, ul. Kościuski 1		
telefon/ telefon: 33 877 18 17		
identyfikator REGON: 072122885		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Miejska Przychodnia Zdrowia	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: MAKÓW PODHALAŃSKI, 34-220, Kościuski 1		
telefon/ telefon: 338771817		1
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	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Wiejski Ośrodek Zdrowia w Juszczyńie	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: JUSZCZYN, 34-231, 542		
telefon/ telefon: 338771443		1
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	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: SPYTKOWICE, 34-116, SZKOLNA 1		
telefon/ telefon: 338791828		1
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 Stryszowie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: STRYSZÓW, 34-146, 557		
telefon/ telefon: 33 8797585		
identyfikator REGON: 357002838		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: punkt szczeni Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Stryszowie	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: STRYSZÓW, 34-146, 557		
telefon/ telefon: 338797495		1
Data dodania do wykazu: 09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64	szczenie personelu	szczenie populacyjne
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/ telefon: 33 8766 437		
identyfikator REGON: 357002301		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Miejska Przychodnia Zdrowia w Kalwarii Zebrzydowskiej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: KALWARIA ZEBRZYDOWSKA, 34-130, Jana Pawła II 7		
telefon/ telefon: 338766437		1
Data dodania do wykazu: 09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Miejsce udzielania świadczeń 2	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Wiejski Ośrodek Zdrowia w Leńczach	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: LEŃCZE, 34-130, 284		
telefon/ telefon: 338768795		1
Data dodania do wykazu: 09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Miejsce udzielania świadczeń 3	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)

nazwa:	Wiejski Ośrodek Zdrowia w Przytkowicach	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRZYTKOWICE, 34-141, 416		
telefon/ telefon	338768425		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych w Kalwarii Zebrzydowskiej – Hala Sportowa Zespół Szkół nr 1	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KALWARIA ZEBRZYDOWSKA, 34-130, ul. Mickiewicza 14		
telefon/ telefon	518514673		
Data dodania do wykazu	26.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Chelmku		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHEŁMEK, 32-660, ul. Staicha 1		
telefon/ telefon:	33 846 14 61, 846 11 69, 846 12 02		
identyfikator REGON	357007652		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Chelmku	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHEŁMEK, 32-660, ul. Staicha 1		
telefon/ telefon	338461202		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	SG ZOZ w Chelmku - Hala sportowa	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHEŁMEK, 32-660, ul. Krakowska 18		
telefon/ telefon	338461461		
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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 62 32 211		
identyfikator REGON	276218481		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień - ZLA w Chrzanowie	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, Sokoła 19		
telefon/ telefon	32 610 00 49		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień - ZLA Chrzanów	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, Broniewskiego 16c		
telefon/ telefon	32 623 44 68		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień - ZLA Chrzanów	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, Kalinowa 7		
telefon/ telefon	32 661 87 57		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej - ZLA Chrzanów	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LUSZOWICE, 32-500, Strażacka 8		
telefon/ telefon	327115050		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 5		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej - ZLA Chrzanów	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BALIN, 32-500, Wyzwolenia 65		
telefon/ telefon	32 613 17 87		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 6		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej - ZLA Chrzanów	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PLAZA, 32-552, Jana Korczaka 2		
telefon/ telefon	326131250		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 7		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej - ZLA Chrzanów	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, ul. Kolonia Stela 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 BARBARA ROMANOWSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, ul. Kościuski 18		
telefon/ telefon:	32 62 31 373		
identyfikator REGON	851722668		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia - Centrum Wielospecjalistycznej Opieki Ambulatoryjnej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, Kościuski 18		

telefon/ telefon	326231373		1
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	PORADNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GDÓW, 32-420, 1349	-	POP
telefon/ telefon	122514009		1
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 ŻEGOCINIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻEGOCINA, 32-731, 232		
telefon/ telefon	14 61 32 034		
identyfikator REGON	851712635		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŻEGOCINIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻEGOCINA, 32-731, 232	-	POP
telefon/ telefon	146132034		1
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Olaf Dubiel		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GDÓW, 32-420, 402	-	POP
telefon/ telefon	12 25 14 829		2
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	357029926		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	punkt szczepień Przzychodnia Zdrowia w Kętach		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KĘTY, 32-650, Jana III Sobieskiego 35a	-	POP
telefon/ telefon	338452036		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	punkt szczepień Ośrodek Zdrowia w Bielaniach		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIELANY, 32-651, Łęka 10	-	POP
telefon/ telefon	338486610		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	punkt szczepień Ośrodek Zdrowia w Bulowicach		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BULOWICE, 35-652, Bielska 63	-	POP
telefon/ telefon	338453599		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	punkt szczepień Ośrodek Zdrowia w Małcu		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MALEC, 35-651, Świętojańska 65	-	POP
telefon/ telefon	338455220		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 5		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	punkt szczepień Ośrodek Zdrowia w Witkowicach		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WITKOWICE, 32-650, Dworska 50	-	POP
telefon/ telefon	338485099		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 6		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powsechnych Hala OSIR		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KĘTY, 32-650, os. Nad solą 29	-	PSP
telefon/ telefon	887035240		4
Data dodania do wykazu	26.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Maria Maruszak-Wojtas		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAKLICZYN, 32-840, ul. Grabina 27A		
telefon/ telefon	14 66 53 533		
identyfikator REGON	851750245		

Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAKLICZYN, 32-840, Grabina 27A		
telefon/ telefon	146653533		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Samodzielny Publiczny Miejski Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOCHNIA, 32-700, Floris 16		
telefon/ telefon	146153628		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gabinet Lekarza Rodzinnego Lek. Med. Janusz Zalewski w Przegini	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRZEGINIA, 32-049, 371		
telefon/ telefon	123898017		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Przegini Filia w Skale	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKALA, 32-043, Rynek 8		
telefon/ telefon	123892797		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	ANNA TENEROWICZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAGÓRZANY, 38-333, 235		
telefon/ telefon	18 35 30 460		
identyfikator REGON	491904570		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OŚRODEK ZDROWIA" W ZAGÓRZANACH	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAGÓRZANY, 38-333, 235		
telefon/ telefon	183512893		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Moszczenicy	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MOSZCZENICA, 38-321, Samorządowa 5		
telefon/ telefon	501297080		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia lekarza POZ OŚRODEK ZDROWIA W MOSZCZENICY	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STASZKÓWKA, 38-321, Strażacka 5		
telefon/ telefon	501297080		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	punkt szczepień Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIPNICA MUROWANA, 32-724, 49		
telefon/ telefon	146852628		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W MUSZYNI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MUSZYNA, 33-370, ul. Zefirka 6		
telefon/ telefon	18 47 14 037		
identyfikator REGON	491974204		

Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W MUSZYNIE	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MUSZYNA, 33-370, Żefirka 6		1
telefon/ telefon	184714037		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet internistyczny (poradnia lekarza poz) ZDROWIE RODZINY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZEŻNA, 33-386, 311		1
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	JĄZOWSKO, 33-389, 120		
telefon/ telefon	18 44 47 008		
identyfikator REGON	491973676		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jazowsku	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JĄZOWSKO, 33-389, 120		1
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tyliczu	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TYLICZ, 33-383, Boczna 6		1
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ALFA w Krynicy Zdroju	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, Reymonta 21 21		1
telefon/ telefon	184712971		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia Lekarza podstawowej opieki zdrowotnej Kłęczany	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KŁĘCZANY, 33-394, 182		1
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia (Gabinet) Lekarza POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MYŚLENICE, 32-400, Juliusza Słowackiego 88		1
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 "TELMEDE" 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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RYTRO, 33-343, 541		1
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-BIEDRON, 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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia lekarza rodzinnego		
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	punkt szczepień MEDIC-KOLOR		
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet lekarza POZ Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego		
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Krystyna Piwowar-Kłag		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁĄCKO, 33-390, 662		
telefon/ telefon	18 4446024		
identyfikator REGON	490605172		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	punkt szczepień Gabinet pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnej Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "KŁAG-MED"		
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	KRZYSZTOF PTAK PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GÓW, 32-420, 402		
telefon/ telefon	12 25 14 488		
identyfikator REGON	350326325		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Praktyka Lekarza Rodzinnego		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GÓW, 32-420, 402		
telefon/ telefon	122514488		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	PORADNIA MEDYCYN RODZINNEJ S.C. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁAPANÓW, 32-740, 186		
telefon/ telefon	14 61 34 401		
identyfikator REGON	357057710		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia lekarza rodzinnego		
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień		
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			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	CENTRUM DOKTOR JAWOREK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BĘBŁO, 32-089, ul. Kwiatowa 5		
telefon/ telefony:	12 41 93 610		
identyfikator REGON	362894110		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Centrum Doktor Jaworek		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BĘBŁO, 32-089, Kwiatowa 5		
telefon/ telefony	124193610		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	ANNA JEŁONKIEWICZ, MARIA MAGDALENA KUŁAGA-WIECZOREK "ZDROWIE" SPÓŁKA JAWINA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PROSZOWICE, 32-100, ul. 3 Maja 70		
telefon/ telefony:	12 38 61 671		
identyfikator REGON	357072520		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet lekarza rodzinnego - Punkt szczeń		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PROSZOWICE, 32-100, 3 Maja 70		
telefon/ telefony	123861671		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 94		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	KRZYSZTOF KUKLA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "GABINET LEKARZA RODZINNEGO"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KAMIEŃ, 32-071, ul. Piaski 15		
telefon/ telefony:	12 28 03 023		
identyfikator REGON	351518340		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia Ogólna		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KAMIEŃ, 32-071, Piaski 15		
telefon/ telefony	606941471		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KŁAJU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KŁAJ, 32-015, 820		
telefon/ telefony:	12 28 41 277		
identyfikator REGON	357036406		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia lekarza POZ - Punkt Szczeń		
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Szpital Św. Anny w Miechowie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Miechów, 32-200, ul. Szpitalna 3		
telefon/ telefony	tel. +48 511910667		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Szpital Św. Anny		
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			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczeń Powszechnych - Kontener		
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	PZOZ W KOZŁOWIE		
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	PZOZ W KOZŁOWIE		
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			

nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŚLABOSZOWIE Z SIEDZIBĄ W DZIADUSZYCACH		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DZIADUSZYCE, 32-218, 25		
telefon/ telefon	41 38 47 010		
identyfikator REGON	290419470		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Dziaduszykach	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DZIADUSZYCE, 32-218, 25		1
telefon/ telefon	413847010		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W CHARZARNICY		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIECHÓW-CHARZARNICA, 32-250, ul. Miechowska 52		
telefon/ telefon	41 38 36 008		
identyfikator REGON	357004984		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Charzarnicy	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIECHÓW-CHARZARNICA, 32-250, Miechowska 52		1
telefon/ telefon	413836008		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Charzarnicy filia Tczycza	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tczycza, 32-250, Tczycza 168		1
telefon/ telefon	413837215		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Książu Wielkim		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KSIAŻ WIELKI, 32-210, ul. Warszawska 17A		
telefon/ telefon	41 38 38 017		
identyfikator REGON	290758255		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Książu Wielkim	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KSIAŻ WIELKI, 32-210, Warszawska 17A		1
telefon/ telefon	4413838017		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	JARMIX SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIECHÓW, 32-200, ul. Józefa Piłsudskiego 12		
telefon/ telefon	41 38 33 322		
identyfikator REGON	290655058		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NZOZ Centrum Medyczne TOP-MED	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIECHÓW, 32-200, ul. Józefa Piłsudskiego 12		2
telefon/ telefon	41 38 33 322		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień w ośrodku zdrowia	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RACŁAWICE, 32-222, 155		1
telefon/ telefon	41 38 33 322		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZUCIN, 33-230, Piłsudskiego 15		1
telefon/ telefon	146436195		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Słupcu	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŚLUPIEC/33-230/Ślupiec 320		1
telefon/ telefon	146431280		
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Brzeźówce	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZEŹÓWKA/32-230/Brzeźówka 155		1
telefon/ telefon	146431833		
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych w Szczucinie	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZUCIN, 33-230, ul. Kościuszki 32		

telefon/ telefon	146436195		4
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOLESŁAWIU		
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczyptę ANTIDOTUM Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
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	CZERNICHÓW, 32-070, ul. Wiśłana 2		
telefon/ telefon	12 27 02 999		
identyfikator REGON	357058632		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczyptę		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CZERNICHÓW, 32-070, Wiśłana 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 Pałimki 2		
telefon/ telefon	33 84 12 150		
identyfikator REGON	357082613		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczyptę		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZATOR, 32-640, Leszka Pałimki 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:	Bartłomiej Cabala SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA ARCUS		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, ul. Józefa Ignacego Kraszewskiego 118		
telefon/ telefon	184715652		
identyfikator REGON	430647438		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA ARCUS		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRYNICA-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 Poniatowskiego 2		
telefon/ telefon	18 44 36 690		
identyfikator REGON	491975066		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia lekarza POZ NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "REMEDIUM"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY SĄCZ, 33-300, Józefa Poniatowskiego 2		
telefon/ telefon	185476750		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu	28.05.2021		
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczyptę Powsechnych - Przeci COVID 19		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Rokietniczyków 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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	punkt szczepień Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PRAXIS" sp.z o.o.	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY ŚĄCZ, 33-300, Św. Heleny 30B		
telefon/ telefon	+48184430910		2
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 110		szczepienie personelu	szczepienie 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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet Lekarza Rodzinnego NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego M.Janik	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RACIECHOWICE, 32-415, 140		
telefon/ telefon	122715015		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 111		szczepienie personelu	szczepienie 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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRĘBOSZOWIE	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRĘBOSZÓW, 33-260, 142		
telefon/ telefon	146416006		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ I LEKARZ RODZINNY S.C., BOGDAN I BEATA BACZYŃSCY		
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet lekarza POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKRZYDLNA, 34-625, 152		
telefon/ telefon	183331013		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet lekarza POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KASINA WIELKA, 34-741, 546		
telefon/ telefon	183314023		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113		szczepienie personelu	szczepienie 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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	punkt szczepień Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Korzennej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KORZENNA, 33-322, 338		
telefon/ telefon	184417002		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114		szczepienie personelu	szczepienie 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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, 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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ AK5	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-150, Armii Krajowej 5		
telefon/ telefon	126298800		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt pobrań-Scanmed	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-536, Podgórska 36		
telefon/ telefon	126298800		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 4		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ AGH	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-050, Akademicka 5		
telefon/ telefony	126298800		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 5		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień dla dorosłych	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY ŚĄCZ, 33-300, Zygmunowska 15		
telefon/ telefony	126298800		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 6		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ AWF	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-571, al. Jana Pawła II 84		
telefon/ telefony	126298800		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 7		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ UE	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-551, Rakowicka 16		
telefon/ telefony	126298800		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 8		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ UP	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-048, Podchorążych 2		
telefon/ telefony	126298800		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 9		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ PK	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-155, Warszawska 24		
telefon/ telefony	126298800		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 10		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ UJ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-387, Gronostajowa 7		
telefon/ telefony	126298800		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 11		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ KA	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-705, Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1		
telefon/ telefony	126298800		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 12		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ B10	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-693, Adama Bochenka 10		
telefon/ telefony	126298800		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 13		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Szpital św. Rafała	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-693, Adama Bochenka 12		
telefon/ telefony	785051886		2
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	PORĘBA WIELKA, 34-735, 278		
telefon/ telefony:	18 3317013		
identyfikator REGON	491981486		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego w Porębie Wielkiej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PORĘBA WIELKA, 34-735, 278		
telefon/ telefony	183317013		1
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	LIMANOWA, 34-600, ul. Matki Boskiej Bolesnej 10		
telefon/ telefony:	18 3372232		
identyfikator REGON	491981730		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	punkt szczepień Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIMANOWA, 34-600, M.8.Bolesnej 10		
telefon/ telefony	183372232		3
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 117		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu			
telefon/ telefony:			
identyfikator REGON			

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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet położnej środowiskowo-rodzinnej Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Praktyka Lekarza Rodzinnego" w Nowym Rybciu	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWE RYBIE, 34-652, 157		
telefon/ telefon	123322111		1
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Dobrej - Punkt Szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DOBRA, 34-642, 545		
telefon/ telefon	183330011		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	punkt szczepień Poradnia lekarska POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MSZANA DOLNA, 34-730, Matejki 13		
telefon/ telefon	183310028		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 120		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDGMIN JURAJSKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JERZMANOWICE, 32-048, ul. Rajska 22		
telefon/ telefon:	12 38 95 009		
identyfikator REGON	351612837		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet lekarza POZ Jerzmanowice	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JERZMANOWICE, 32-048, Rajska 22		
telefon/ telefon	123895009		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet Lekarza POZ Racławice	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RACŁAWICE, 32-049, Racławice 54A		
telefon/ telefon	122829381		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 121		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ANDRYCHÓW, 34-120, Starowiejska 17a		
telefon/ telefon	338705632		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ DOB-MED PIOTR STOPNICKI I PARTNERZY		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DOBRCZYCE, 32-410, Rynek 16		
telefon/ telefon:	12 27 13 661		
identyfikator REGON	357071911		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DOBRCZYCE, 32-410, Rynek 16		
telefon/ telefon	122713661		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 123		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Katarzyna Pałka		
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)

nazwa:	Gabinet lekarza POZ	-	POP
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 124		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień	-	POP
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 125		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień	-	POP
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 126		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Maria Bednarz		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEDLCE, 33-322, 228		
telefon/ telefon	18 44 17 504		
identyfikator REGON	491982534		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Maria Bednarz	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEDLCE, 33-322, 228		
telefon/ telefon	184417504		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 127		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	"NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZDROWIE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KLUCZE, 32-310, ul. Zawierciańska 14		
telefon/ telefon	32 64 28 413		
identyfikator REGON	357072980		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia lekarza POZ	-	POP
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 128		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	"PULS ADAMI I BEATA RAIK SPÓŁKA JAWNA"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ANDRYCHÓW, 34-120, ul. Krakowska 140A		
telefon/ telefon	33 8757601		
identyfikator REGON	851730975		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Praktyka Lekarza Rodzinnego w Andrychowie	-	POP
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			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	punkt szczepień Praktyka Lekarza Rodzinnego w Roczynach	-	POP
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 129		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PABIMED" S.C. PRZEMYSŁAW BIEDRÓN, GRZEGÓRZ BIEDRÓN		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-218, ul. Królowej Jadwigi 203		
telefon/ telefon	126254444		
identyfikator REGON	357073330		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet lekarza rodzinnego	-	POP
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 130		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	PORADNIA PEDIATRYCZNO-INTERNISTYCZNA SPÓŁKA Z 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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia Pediatryczno-Internistyczna	-	POP
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 131		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	GRÓDMED BULZAK, CISZKOWSKA. SPÓŁKA PARTNERSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRÓDEK NAD DUNAJCEM, 33-318, 170		
telefon/ telefon	18 44 01 444		
identyfikator REGON	491984220		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet lekarza rodzinnego	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRÓDEK NAD DUNAJCEM, 33-318, 170		
telefon/ telefon	184401444		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu	07.06.2021		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 132		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	BOGUSŁAWA WARCHOL		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁUŻNA, 38-322, 609		
telefon/ telefon	18 354 30 44		
identyfikator REGON	491983746		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej "SALUS"	-	POP
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 133		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GMINIE JABŁONKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JABŁONKA, 34-480, ul. 3 Maja 7.		
telefon/ telefon	18 26 42 021		
identyfikator REGON	491984958		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	ORAWSKIE CENTRUM ZDROWIA W JABŁONCE	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JABŁONKA, 34-480, 3 MAJA 7		
telefon/ telefon	182642022		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 134		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia (gabinet) podstawowej opieki zdrowotnej	-	POP
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		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 135		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej OSIEDLE UROCZE	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-952, OS. UROCZE 2		
telefon/ telefon	12 64 42 755		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 136		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia Lekarska Diamed Sp. z o.o. - Punkt Szczenie	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-695, A. Schweitzera 7		
telefon/ telefon	503088166		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia Lekarska Diamed Sp. z o.o. - Punkt Szczenie	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, Trąbki 430		
telefon/ telefon	503088166		

Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 137		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KROŚCIENKO NAD DUNAJCEM, 34-450, Esperanto 2		
telefon/ telefon	182623046		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 138		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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 88 823		
identyfikator REGON	357091167		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	POLANKA WIELKA, 32-607, DŁUGA 3		
telefon/ telefon	338488823		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 139		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	"WOJNICKE 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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Wojnickie Centrum Medyczne Sp. z o.o. NZOZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOJNICZ, 32-830, Rolnicza 3		
telefon/ telefon	146790308		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 140		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNĄ RODZINNĄ" 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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet ogólny lekarza rodzinnego		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-352, Włodzimierza Tetmajera 2		
telefon/ telefon	126384956		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNĄ RODZINNĄ" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-352, Tetmajera 2		
telefon/ telefon	126384956		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 141		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	PRZYCHODNIA PRZECISZÓW		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRZECISZÓW, 32-641, DŁUGA 4		
telefon/ telefon	338413278		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 142		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	SAMODZIELNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W BIAŁYM DUNAJCIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁY DUNAJEC, 34-425, ul. Jana Pawła II 201		
telefon/ telefon:	18 20 73 591		
identyfikator REGON	491984964		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	SAMODZIELNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W BIAŁYM DUNAJCIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁY DUNAJEC, 34-425, JANA PAWŁA II 201		
telefon/ telefon	18 20-735 91		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 143		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	ZESPÓŁ PRZYCHODNI I OŚRODKÓW ZDROWIA-KRZESZOWICKIE 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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia lekarza POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRZESZOWICE, 32-065, Legionów Polskich 30		1
telefon/ telefon	122820287		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - KRZESZOWICE	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRZESZOWICE, 32-065, ul. Szkolna 7		2
telefon/ telefon	600585933		
Data dodania do wykazu	28.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 144		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "BAŁTYCKA" S.C. D.LUDWIN, M.SEMPER		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-214, ul. Bałtycka 3		
telefon/ telefon	124153100		
identyfikator REGON	357078830		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-214, Bałtycka 3		1
telefon/ telefon	124153100		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 145		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WIEJSKI OŚRODEK ZDROWIA W LEŚNICY-GRONIU		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LEŚNICA, 34-406, ul. Szkolna 3		
telefon/ telefon	182656144		
identyfikator REGON	491991131		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej WOZ w Leśnicy-Groniu Punkt Szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LEŚNICA, 34-406, Szkolna 3		1
telefon/ telefon	18 26 561 44/ 18 26 348 38		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 146		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Przychodnia Rejonowa w Skale	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKAŁA, 32-043, ul.Słomnicka 69		2
telefon/ telefon	123890000		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Ośrodek Zdrowia w Cjanowicach	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CJANOWICE, 32-043, ul. Krakowska 250		1
telefon/ telefon	660 724 045		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 147		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-053, KRONIKARZA GALLA 24		1
telefon/ telefon	126372971		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 148		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-664, Na Kozłowiec 29		1
telefon/ telefon	126581611		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-552, Wielicka 76 b		1
telefon/ telefon	12 65 81 611		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 149		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	LUB-MED OLGA CZARNECKA-MIRGOS, TOMASZ MIRGOS S.C.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LUBIEN, 32-433, 475		
telefon/ telefon	18 26 82 012		
identyfikator REGON	357095142		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia lekarza POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LUBIEN, 32-433, 475		1
telefon/ telefon	182682012		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 150		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SULOSZOWEJ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SULOSZOWA, 32-045, ul. Bankowa 6		
telefon/ telefon	12 38 96 054		
identyfikator REGON	357101894		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	PUKNT SZCZEPIEŃ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SULOSZOWA, 32-045, BANKOWA 6		1
telefon/ telefon	123896054		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 151		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W NOWYM WIŚNICZU		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY WIŚNICZ, 32-720, ul. Podzamcze 4		
telefon/ telefon	14 61 28 792, 14 61 28 755		
identyfikator REGON	851763101		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia Rejonowa w Nowym Wiśniczu	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY WIŚNICZ, 32-720, Podzamcze 4		1
telefon/ telefon	146128792		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Królówce	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRÓLÓWKA, 32-722, Królewska 356		1
telefon/ telefon	146129477		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 152		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LISZKACH		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LISZKI, 32-060, 427		
telefon/ telefon	12 28 06 009		
identyfikator REGON	357102310		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LISZKACH	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LISZKI, 32-060, 427		2
telefon/ telefon	123067077		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 153		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYK" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUCHA BESKIDZKA, 34-200, ul. Adama Mickiewicza 56		
telefon/ telefon	33 8741833		
identyfikator REGON	357101701		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUCHA BESKIDZKA, 34-200, Mickiewicza 56		1
telefon/ telefon	338741833		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 154		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W TRZECIAŹU		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TRZECIAŹ, 32-353, ul. Zdrowa 6		
telefon/ telefon	12 38 94 023		
identyfikator REGON	357108301		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TRZECIAŹ, 32-353, Zdrowa 6		1
telefon/ telefon	123894023		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 155		szczenie personelu	szczenie 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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁOSOSINIE DOLNEJ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOSOSINA DOLNA, 33-314, 170		
telefon/ telefon	184448008		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 156		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	KLIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-898, ul. ks. Jerzego Popiełuski 42		
telefon/ telefon	126585808		
identyfikator REGON	357082582		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Stary Bieżanów"	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-898, Henryka Sucharskiego 62		
telefon/ telefon	126585808		2
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/ telefon	12 68 14 727		
identyfikator REGON	357087421		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczytów-Przychodnia na Wzgórzach	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-721, Na Wzgórzach 1		
telefon/ telefon	12 68 14 727		1
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/ telefon	14 67 85 277; 14 67 84 999		
identyfikator REGON	851777899		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	PORADNIA LEKARZA POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LISIA GÓRA, 33-140, SUCHARSKIEGO 3A		
telefon/ telefon	146784999		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	PORADNIA LEKARZA POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STARE ŻUKOWICE, 33-151, 125		
telefon/ telefon	146786608		1
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/ telefon	14 64 22 405		
identyfikator REGON	851777155		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Miejska Przychodnia	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DĄBROWA TARNOWSKA, 33-200, Piłsudskiego 23		
telefon/ telefon	146422405		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 160		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Zakład Lecznictwa Ambulacyjnego w Oświęcimiu		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Garbarska 1		
telefon/ telefon	33 8444295		
identyfikator REGON	357138472		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia Rejonowa Nr 1 - PUNKT SZCZEPIEŃ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŚWIĘCIM, 32-600, Żwirki i Wigury 5		
telefon/ telefon	694939150		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia Rejonowa Nr 2 - PUNKT SZCZEPIEŃ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŚWIĘCIM, 32-600, Czecha 2		
telefon/ telefon	694939150		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia Rejonowa Nr 3 - PUNKT SZCZEPIEŃ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŚWIĘCIM, 32-600, Słowackiego 1		
telefon/ telefon	694939150		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)

nazwa:	Przychodnia Rejonowa Nr 4 - PUNKT SZCZEPIEŃ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŚWIECIM, 32-600, Garbarska 1		
telefon/ telefon	694939150		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 5		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Oświęcimiu	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŚWIECIM, 32-600, ul. Chemików 4		
telefon/ telefon	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 ZIEMIANSKY SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABKA-ZDRÓJ, 34-700, ul. Jana Pawła II 26		
telefon/ telefon	18 26 76 929		
identyfikator REGON	492813288		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia medycyny rodzinnej NIEPUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZIEMIANSKY SPÓŁKA JAWNA	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABKA-ZDRÓJ, 34-700, Podhalańska 21D		
telefon/ telefon	182676915		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 162		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	ERDA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-898, ul. Michała i Stanisława Jagierów 27B		
telefon/ telefon	602608619		
identyfikator REGON	357139537		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NZOZ Przychodnia Zdrowia Bieżanów	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-898, Ks. Jerzego Popiełuski 42A		
telefon/ telefon	515839898		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 163		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ P. COVID-19 - Sala WDK	-	POP
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			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Lekarski w Głębowicach	-	POP
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 164		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA LESŁAW SZOT		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIMANOWA, 34-600, ul. Józefa Piłsudskiego 12		
telefon/ telefon	18 3372527		
identyfikator REGON	490524611		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska - Gabinet lekarza POZ	-	POP
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 165		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień	-	POP
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			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień Ośrodek Zdrowia w Szymwałdzie	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZYNWAŁD, 33-158, Szymwałd 10a		
telefon/ telefon	146742004		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 166		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)	
nazwa:	Punkt szczepień		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PLEŚNA, 33-171, 284	-	POP
telefon/ telefon	146798110		4
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)	
nazwa:	Punkt szczepień		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JANOWICE, 33-115, 183	-	POP
telefon/ telefon	146799001		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)	
nazwa:	Punkt szczepień		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UCHWIN, 33-172, 180A	-	POP
telefon/ telefon	146758051		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 167	szczenie personelu	szczenie populacyjne	
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)	
nazwa:	Gabinety Lekarza Ogólnego		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIECHÓW, 32-200, Szpitalna 1F	-	POP
telefon/ telefon	413890100		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)	
nazwa:	Gabinet Lekarza Ogólnego		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIECHÓW, 32-200, Szpitalna 3	-	POP
telefon/ telefon	41 38 30 290		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 168	szczenie personelu	szczenie populacyjne	
nazwa:	MIEJSKA PRZYCHODNIA 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/ telefon	146330691		
identyfikator REGON	851793929		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)	
nazwa:	Miejska Przychodnia Lekarska Nr I NZOZ Sp. z o.o.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, Chemiczna 12	-	POP
telefon/ telefon	146330691		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 169	szczenie personelu	szczenie populacyjne	
nazwa:	"MIEJSKA PRZYCHODNIA 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/ telefon	14 68 89 022		
identyfikator REGON	851793065		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)	
nazwa:	Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, Wąłowa 22	-	POP
telefon/ telefon	146889020		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 170	szczenie personelu	szczenie populacyjne	
nazwa:	MIEJSKA PRZYCHODNIA 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/ telefon	14 68 88 184		
identyfikator REGON	851794099		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)	
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, Osiedle Niepodległości 3A	-	POP
telefon/ telefon	146888185		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)	
nazwa:	MIEJSKA PRZYCHODNIA LEKARSKA NR IV NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, Osiedle Niepodległości 3A	-	POP
telefon/ telefon	146888185		2
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 171	szczenie personelu	szczenie populacyjne	
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MIEJSKA PRZYCHODNIA 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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, Długa 18		1
telefon/ telefony	14 62 42 217		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 172		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	ZESPÓŁ PRZYCHODNI 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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, Mostowa 6		1
telefon/ telefony	146324231		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Zespół Przychodni Sepcialistycznych Sp. z o.o.	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1		1
telefon/ telefony	146324257		
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powsechnych - Hala Sportowo Widowiskowa	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, ul. Gumniska 28		6
telefon/ telefony	146882576, 146882577		
Data dodania do wykazu	21.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 173		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ KRAKÓW-PÓŁDNIIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-315, ul. Szwedka 27		
telefon/ telefony:	122654955		
identyfikator REGON	357182303		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-515, Generała Tadeusza Kutrzeby 4		1
telefon/ telefony	122654600		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 174		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	PRZYCHODNIA LEKARZY RODZINNYCH JUREK I PARTNERZY		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, al. Mikołaja Kopernika 7		
telefon/ telefony:	18 2646 601		
identyfikator REGON	492029880		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia lekarza rodzinnego	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, al. Mikołaja Kopernika 7		2
telefon/ telefony	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/ telefony:	126442946		
identyfikator REGON	851777095		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet Pielęgniarki POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-976, Osiedle Szkolne 9		5
telefon/ telefony	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/ telefony:	12 41 12 644		
identyfikator REGON	357161979		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW-SRÓDMIEŚCIE, 31-435, Radomska 36		1
telefon/ telefony	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/ telefony:	0126480876		
identyfikator REGON	357140316		

Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Jagiellońskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. - Punkt Szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-832, Osiedle Jagiellońskie 1		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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	punkt szczepień NZOZ "PRAKTIMED" Sp. z o. o.	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-422, Strzelców 15		1
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia domowego leczenia tlenem	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-131, Młodej Polski 7		2
telefon/ telefon	12415812		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień Galeria Bronowice	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-346, ul. Stawowa 61		4
telefon/ telefon	124158112		
Data dodania do wykazu	12.07.2021		
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW-KROWDRZA, 31-322, Józefa Mehoffera 6		1
telefon/ telefon	126383818		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia lekarza POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-350, Zachodnia 5/12A		1
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEN	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-664, NA KOZŁÓWCE 29		1
telefon/ telefon	126502016		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEN	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-664, NA KOZŁÓWCE 29		1
telefon/ telefon	126502026		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 182		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia Rejonowo-Specjalistyczna Nr 2	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZESZCZE, 32-620, Piłsudskiego 6		1
telefon/ telefon	32 21 10 005		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 183		szczenie personelu	szczenie populacyjne

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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia lekarza POZ - Niemcewicz	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-424, Juliana Ursyna Niemcewicza 7		
telefon/ telefon	122662710		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia Lekarzy Rodzinnych Borek Fałęcki filia Raciborska	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-324, ul. Raciborska 17		
telefon/ telefon	122573885		1
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 184		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	"MEDBLUK" 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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BUKOWNO, 32-332, Zwycięstwa 9		
telefon/ telefon	32 64 21 033		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 185		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Centrum Medyczne w Tymbarku Punkt Szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TYMBARK, 34-650, 315		
telefon/ telefon	183325220		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 186		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	CENTRUM OPIEKI MEDYCZNEJ "ESKULAP" SPÓŁKA CYWILNA EWA MAJDA, BERNARDA PUSZCZEWICZ I MAŁGORZATA 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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Centrum Opieki Medycznej ESKULAP - PUNKT SZCZEPIEN	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLKUSZ, 32-300, Króla Kazimierza Wielkiego 28		
telefon/ telefon	326474030		2
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 187		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEN	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLKUSZ, 32-300, Nałkowskiej 1		
telefon/ telefon	326433795		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 188		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "KROMED" S.C., KROK JÓZEF, WITEK-KROK MARIA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRYBÓW, 33-330, ul. Grunwaldzka 7		
telefon/ telefon	18 44 50 352		
identyfikator REGON	492040780		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Centrum Medyczne KROMED	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRYBÓW, 33-330, Grunwaldzka 7		
telefon/ telefon	184450352		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 189		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOBOWA, 38-350, Węgierska 25	-	POP
telefon/ telefon	183514610		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 190		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	CMC Cracow Medicum Center Poradnia lekarza POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-002, Prądnicka 10	-	POP
telefon/ telefon	126334033		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 191		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia lekarza rodzinnego		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, Wojska Polskiego 14	-	POP
telefon/ telefon	182662148		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, Marii Pajerskiej 8A	-	POP
telefon/ telefon	185491666		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OCHOTNICA GÓRNA, 34-453, os. Zawady 205	-	POP
telefon/ telefon	182624111		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁĘTOWNIA, 34-242, 269	-	POP
telefon/ telefon	182773005		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 192		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia Lekarza Rodzinnego		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOLBROM, 32-340, Skalska 22	-	POP
telefon/ telefon	326441029		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 193		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	"Pro-med" Sp. z o. o. PUNKT SZCZEPIEŃ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-909, os. Na Skarpie 6	-	POP
telefon/ telefon	126441756		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 194		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	TOMASZ LISIK		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZALOWA, 38-331, 419		
telefon/ telefon	18 35 23 023		
identyfikator REGON	492009379		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Samodzielny Niepubliczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Szalowej Lisik Tomasz		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZALOWA, 38-331, 419	-	POP
telefon/ telefon	183523023		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 195		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "BOMED" SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY MEDYCYN: 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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet lekarza POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOBOWA, 38-350, Św.Zofii 4		1
telefon/ telefon	183514444		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 196		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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/ telefon:	41 35 14 010		
identyfikator REGON	357216628		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOSZYCE, 32-130, Moniuszki 11		1
telefon/ telefon	413514010		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 197		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	PRZYCHODNIA LEKARSKA "MEDYCYNĄ" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ALWERNIA, 32-566, ul. Zbigniewa Gęsikowskiego 16		
telefon/ telefon:	12 28 31 168, 12 28 32 167		
identyfikator REGON	357207173		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	PRZYCHODNIA MIEJSKA W ALWERNI	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ALWERNIA, 32-566, GĘSIKOWSKIEGO 16		1
telefon/ telefon	122832167		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 198		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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/ telefon:	12 63 75 370		
identyfikator REGON	357206050		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-131, Młodej Polski 7		1
telefon/ telefon	126375370		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 199		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	"CENTRUM MEDYCYNY RODZINNEJ SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY - GRZYWACZ & LIGĘZA & CZEPIEL-PAJERSKA"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, ul. Szaflarska 93 C		
telefon/ telefon:	18 26 40 040		
identyfikator REGON	492045530		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Centrum Medycyny Rodzinnej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, Szaflarska 93 C		1
telefon/ telefon	182640040		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 200		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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/ telefon:	14 62 26 012		
identyfikator REGON	851982062		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w Zabawie	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZABAWA, 33-133, Bł. Karoliny Kózkówny 83/1		1
telefon/ telefon	146226012		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 201		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	ESKULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLKUSZ, 32-300, ul. Króla Kazimierza Wielkiego 110		
telefon/ telefon:	32 6470105		
identyfikator REGON	357226874		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLKUSZ, 32-300, Króla Kazimierza Wielkiego 110		1
telefon/ telefon	326470105		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 202		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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/ telefon:	12 26 96 141		

identyfikator REGON	357067039		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia lekarza POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-315, Szwedzka 27		2
telefon/ telefon	12 26 96 141		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 203		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	GALL - MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-053, ul. Kronikarza Galla 25		
telefon/ telefon	12 29 47 011		
identyfikator REGON	357209640		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-053, Kronikarza Galla 25		3
telefon/ telefon	122947011		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 204		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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/ telefon	122761957		
identyfikator REGON	357223456		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	punkt szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKAWINA, 32-050, Ks.J.Popiełuszki 2a		1
telefon/ telefon	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/ telefon	18 4452167		
identyfikator REGON	492047078		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Samodzielny Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "BOMED" Sp. z o.o.	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRYBÓW, 33-330, Kościuski 17		1
telefon/ telefon	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/ telefon	14 65 30 015		
identyfikator REGON	851803964		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RZEPINNIAK STRZYŻEWSKI, 33-163, 396		1
telefon/ telefon	515515509		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	SALUBRIS ODDZIAŁ TUCHÓW	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TUCHÓW, 33-170, Zielona 15		1
telefon/ telefon	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 Kolodziej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAKLICZYN, 32-840, ul. Tarnowska 2		
telefon/ telefon	14 6653999		
identyfikator REGON	852486721		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Centrum Zdrowia"	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAKLICZYN, 32-840, Tarnowska 2		1
telefon/ telefon	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/ telefon	+48604583864		
identyfikator REGON	070854294		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	LASERMED	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, Krzywa 17		1
telefon/ telefon	188880200		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	LASERMED - Gabinet zabiegowy	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, Krzywa 17		
telefon/ telefon	188880200		1
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, św. Jadwigi Królowej 2		
telefon/ telefon	12 38 81 267		
identyfikator REGON	357372498		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Zdrowia w Słomnikach	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SŁOMNIKI, 32-090, św. Jadwigi Królowej 2		
telefon/ telefon	123882999		11
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/ telefon	33 879 20 06		
identyfikator REGON	356284177		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet Lekarza POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOSSOWA, 34-114, 15		
telefon/ telefon	338792006		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 211		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	GABINET LEKARSKI KRYSZYNA KOCĄDA-LĄPCZYŃSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MANIOWY, 34-436, ul. Juliusza Słowackiego 5		
telefon/ telefon	18 2751886		
identyfikator REGON	387407078		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Praktyka Lekarza Rodzinnego GABINET LEKARSKI KRYSZYNA KOCĄDA-LĄPCZYŃSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DĘBNO, 34-434, Długa 76		
telefon/ telefon	182751886		1
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet Lekarza Rodzinnego	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŚWIĄTNIKI GÓRNE, 32-040, Krakowska 2		
telefon/ telefon	122704899		1
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia Rejonowa w Żabnie	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻABNO, 33-240, al. Piłsudskiego 7		
telefon/ telefon	146456570		2
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gminny Ośrodek Zdrowia w Wietrzychowicach	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIETRZYCHOWICE, 33-270, 2		
telefon/ telefon	0146418008		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Wiejski Ośrodek Zdrowia Niedomice z siedzibą w Ilkowicach	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ILKOWICE, 33-132, Złota Góra 9		
telefon/ telefon	0146457111		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 214		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Stanisław Szot		
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Lecznico-Profilaktyczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ASKLEPIOS"	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOBIN, 32-100, 91		
telefon/ telefon	123866555		1
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, Plac Dworcowy 6		
telefon/ telefon	146276075 146213848		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 216		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	MAREK LEWEX Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia w Symbarku		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZYMBARK, 38-311, 574		
telefon/ telefon	18 35 13 162		
identyfikator REGON	492700740		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia Symbark	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZYMBARK, 38-311, 574		
telefon/ telefon	183513162		1
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-033, Henryka Sienkiewicza 34		
telefon/ telefon	12 63 30 363		1
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	NOWODWORZE, 33-112, 70		
telefon/ telefon	14 67 95 124		
identyfikator REGON	852507469		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICUM" Petlic L.s.p. Ośrodek Zdrowia w Nowodworzu	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWODWORZE, 33-112, 70		
telefon/ telefon	14 67 95 124		3
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICUM" Petlic L.s.p. Ośrodek Zdrowia w Woli Rzędzińskiej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOLA RZĘDZIŃSKA, 33-150, 184a		
telefon/ telefon	14 67 92 194		3
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 219		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	"PRZYCHODNIA" E.MACIOŁ 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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet Medycyny Rodzinnej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABKA - ZDRÓJ, 34-700, Poniatowskiego 6		
telefon/ telefon	182676515		1
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	492722427		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MOSZCZENICA, 38-321, Gorlicka 185		
telefon/ telefon	183541885		1
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/ telefony:	18 44 03 022		
identyfikator REGON	490571540		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Praktyka lekarza rodzinnego		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ROŻNÓW, 33-316, 406		
telefon/ telefony	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/ telefony:	18 35 27 433		
identyfikator REGON	362232170		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet zabiegowy		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GORLICE, 38-300, Władysława Broniewskiego 9		
telefon/ telefony	183527433		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 223		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	NZOZ "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/ telefony:	32 41 17 111		
identyfikator REGON	356367762		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLKUSZ, 32-300, gen. Buchowieckiego 15A		
telefon/ telefony	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/ telefony:	183546900		
identyfikator REGON	492728341		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GORLICE, 38-300, Słoneczna 11		
telefon/ telefony	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 ORCHEŁA I ROBERTA TENEROWICZA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GORLICE, 38-300, ul. Władysława Jagiełły 10		
telefon/ telefony:	18 3536597		
identyfikator REGON	492728329		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet lekarski POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GORLICE, 38-300, Władysława Jagiełły 10		
telefon/ telefony	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/ telefony:	18 4466067		
identyfikator REGON	380073444		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		
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			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 227		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WIELOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELOGŁÓWY, 33-311, 45		
telefon/ telefony:	18 44 32 510		
identyfikator REGON	365469027		

Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet lekarza internisty	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELOGŁÓWY, 33-311, 45		
telefon/ telefon	184432510		2
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 228		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	HARAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SPYTKOWICE, 34-745, 26		
telefon/ telefon	18 26 88 581		
identyfikator REGON	383415767		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia Medycyny Rodzinnej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SPYTKOWICE, 34-745, 26		
telefon/ telefon	182688581		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 229		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	NZOZ Danuta Mraźek		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KASINKA MAŁA, 34-734, 822		
telefon/ telefon	18 33 13 031		
identyfikator REGON	490055702		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet Lekarza POZ Kasinka Mała MEDYCYNĄ RODZINNĄ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KASINKA MAŁA, 34-734, 822		
telefon/ telefon	183313031		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet Lekarza POZ Raba Niżna MEDYCYNĄ RODZINNĄ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABA NIŻNA, 34-730, 218		
telefon/ telefon	183316060		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 230		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	BULEK - MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CZARNY DUNAJEC, 34-470, ul. Ignacego Mościckiego 5		
telefon/ telefon	18 26 57 010		
identyfikator REGON	385260547		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	PORADNIA LEKARZA POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PIEKIELNIK, 34-472, 129 C		
telefon/ telefon	182639099		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 231		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Elzbieta Zielińska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SĘKOWA, 38-307, 323		
telefon/ telefon	18 35 18 092		
identyfikator REGON	492828901		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	nazoz Sękowa	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SĘKOWA, 38-307, 323		
telefon/ telefon	183518092		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 232		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	BEATA BRYJA, HUBERT BRYJA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KLIKUSZOWA, 34-404, 40 A		
telefon/ telefon	18 2651424		
identyfikator REGON	492828019		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Ośrodek Medycyny Rodzinnej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KLIKUSZOWA, 34-404, 40a		
telefon/ telefon	182651424		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 233		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GMINIE NOWY TARG MAŁGORZATA KOZIOL, MICHAŁINA ŚLEMP, IRENA GROMNICKA-JOPEK SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁUDŹMIERZ, 34-471, ul. Podhalańska 2		
telefon/ telefon	18 26 55 524		
identyfikator REGON	492836852		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Praktyka Lekarza Rodzinnego w Łudźmierzu	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁUDŹMIERZ, 34-471, Podhalańska 2		
telefon/ telefon	182655524		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)

nazwa:	Praktyka Lekarza Rodzinnego w Ostrowsku	-	POP
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Praktyka Lekarza Rodzinnego w Nowej Białej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWA BIALA, 34-433, Główna 5		
telefon/ telefon	182851323		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Praktyka Lekarza Rodzinnego w Gronkowie	-	POP
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 MEDYCYN 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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Centrum Medycyny Rodzinnej Gnojnik	-	POP
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	18 262 50 26		
identyfikator REGON	492836438		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia ogólna	-	POP
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Zakład Opieki Zdrowotnej "Lege Artis"	-	POP
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.ŁACH R.GŁOWACKI SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-513, ul. Olszańska 5G		
telefon/ telefon	0126498552		
identyfikator REGON	356678232		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Centrum Medyczne Promed	-	POP
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	-	POP
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Ośrodek Leczenia i Rehabilitacji	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, Park Kingi 1 budynek I		

telefon/ telefon	122787368		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych "Regis"	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, ul. Plac Kościuszki 9		
telefon/ telefon	122787512		2
Data dodania do wykazu	28.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 240		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	JARACZ,OKIŃCZYC,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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	"TWÓJ LEKARZ" - LEKARZE SPÓŁKA PARTNERSKA	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-135, STEFANA BATOREGO 3		
telefon/ telefon	+4812638828		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 241		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	EMANUEL KAPALA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PALECZNICA, 32-109, ul. Francuska 10		
telefon/ telefon	413848006		
identyfikator REGON	072705368		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PALECZNICA, 32-109, Francuska 10		
telefon/ telefon	413848006		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 242		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Izabela Wróblewska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZABORÓW, 32-821, 90		
telefon/ telefon	14 671 52 52		
identyfikator REGON	852530178		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Izabela Wróblewska - Poradnia Medycyny Rodzinnej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZABORÓW, 32-821, 90		
telefon/ telefon	146715252		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 243		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Skawicy Anna Trawińska	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKAWICA, 34-221, 448		
telefon/ telefon	338775313		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 244		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Starosądecki Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ESKULAP" Sp. z o.o.	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STARY SĄCZ, 33-340, Królowej Jadwigi 20		
telefon/ telefon	662576288		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 245		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	"HIPOKRATES" S.KRÓLICKI-I ŚLIFIRSKI 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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NZOZ "HIPOKRATES"	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KĘTY, 32-650, Henryka Sienkiewicza 13		
telefon/ telefon	33 84 75 800		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 246		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ESCULAP ANNA TOKARCZYK ADAM GĘBKA SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MUSZYNA, 33-370, UL. ZEFIRKA 6		
telefon/ telefon	18 47 77 819		

identyfikator REGON	492933874		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	GABINET LEKARZA POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MUSZYNA, 33-370, ZEFIRKA 6		3
telefon/ telefon	184777819		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 247		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Halina Szczerbińska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	IRKOWA, 32-861, 609		
telefon/ telefon	14 68 44 310		
identyfikator REGON	850123397		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	IRKOWA, 32-861, 458		1
telefon/ telefon	146844310		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 248		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Barbara Szczodrowska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁĄCKO, 33-390, 565		
telefon/ telefon	18 4446666		
identyfikator REGON	490717267		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnej NZOZ - Praktyka Lekarza Rodzinnego Barbara Szczodrowska	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁĄCKO, 33-390, 662		2
telefon/ telefon	184446666		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 249		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	NZOZ MEDYK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZURÓWA, 32-820, ul. Rynek 1		
telefon/ telefon	14 67 14 777		
identyfikator REGON	122598744		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NZOZ MEDYK Sp. z o.o.	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZURÓWA, 32-820, Rynek 1		1
telefon/ telefon	146714777		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 250		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-236, al. 29 Listopada 178A		1
telefon/ telefon	126654285		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 251		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZY BĄSNIENIE" 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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PRZY BĄSNIENIE" Sp. z o.o.	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ANDRYCHÓW, 34-120, Aleja Adama Wietrznego 3		2
telefon/ telefon	338704990		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 252		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Mirosław 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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet Lekarza Rodzinnego	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JURKÓW, 32-860, 379/3		1
telefon/ telefon	146842202		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 253		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		

Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "DARMED"	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CZCHÓW, 32-860, Sądecka 183		
telefon/ telefon	146843090		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia medycyny rodzinnej w Czchowie Filia w Żłotej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻŁOTA, 32-859, -		
telefon/ telefon	146639009		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu	01.06.2021		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 254		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	ESKULAP MAŁGORZATA KLIMCZAK, KRYSZTIAN KWAŚNIOŃSKI 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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ESKULAP" s.c.	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZAWNICA, 34-460, Jana Wiktora 17a		
telefon/ telefon	182622219		2
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 255		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	FIZIOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKRZYDLNA, 34-625, 287		
telefon/ telefon	69 40 84 052		
identyfikator REGON	492951576		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZYRZYCY, 34-623, 188		
telefon/ telefon	183320400		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 256		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "CERTUS" filia w Myślenicach ul. Jagiełły 1	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MYŚLENICE, 32-400, Władysława Jagiełły 1		
telefon/ telefon	123127120		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "CERTUS"	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MYŚLENICE, 32-400, Drogowców 5		
telefon/ telefon	122725670		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 257		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	DOCTUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MYŚLENICE, 32-400, Szpitalna 2		
telefon/ telefon	531161255		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 258		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy nr 1	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BABICE, 32-551, JANA GOŁĄBA 1		
telefon/ telefon	326134101		2
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PSARY, 32-545, WSPÓLNA 6		
telefon/ telefon	326115105		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 259		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu			
telefon/ telefon			
identyfikator REGON			

nazwa:	Wiesław Dudziński		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTRÓW, 33-122, 77		
telefon/ telefon	505 132 102		
identyfikator REGON	850265536		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej INMED	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIĘDLUSKA, 33-172, 231A		1
telefon/ telefon	146527200		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 260		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-392, Opolska 114		4
telefon/ telefon	223322888		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-418, Księdza Józefa Tischnera 8		1
telefon/ telefon	223322888		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-415, Wadowicka 8W		1
telefon/ telefon	223322888		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia lekarza POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-216, Andrzeja Frycza-Modrzewskiego 2		1
telefon/ telefon	223322888		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 5		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY ŚĄCZ, 33-300, ul. Józefa Poniatowskiego 2		3
telefon/ telefon	798816134		
Data dodania do wykazu	28.05.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 6		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Szkoła Podstawowa nr 21	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY ŚĄCZ, 33-300, ul. Rokietniczyków 26		2
telefon/ telefon	798816134		
Data dodania do wykazu	28.05.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 261		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	ELVITA NZOZ GÓRNICZY ZAKŁAD LECZNICTWA AMBULATORYJNEGO W LIBIAŹU	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIBIAŹ, 32-590, GÓRNICZA 5		1
telefon/ telefon	32 624 21 36, 32 627 04 51		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŚWIĘCIM, 32-600, Chemiczków 5		1
telefon/ telefon	33 8449381		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TRZEBINIA, 32-540, HARCERSKA 13		1
telefon/ telefon	32 6121002		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 262		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień	W	-
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3		

telefon/ telefon	48126308323		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-901, ul.Wrocławska 1-3		
telefon/ telefon	+48126308323		2
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-901, ul.Wrocławska 1-3		
telefon/ telefon	126308324		4
Data dodania do wykazu	22.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 263		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	INSTYTUT GRUŹLICY I CHOROŢ PŁUC		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 01-138, ul. Płocka 26		
telefon/ telefon:	224312428		
identyfikator REGON	000288490		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	punkt szczepień INSTYTUT GRUŹLICY I CHOROŢ PŁUC	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABKA-ZDRŲJ, 34-700, ul. Prof. Jana Rudnika 3B		
telefon/ telefon	0182676060		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	INSTYTUT GRUŹLICY I CHOROŢ PŁUC	P	-
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABKA-ZDRŲJ, 34-700, ul. Prof. Jana Rudnika 3B		
telefon/ telefon	0182676060		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 264		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	NMEDICA SPŲŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNŲW, 33-100, ul. Parkowa 2.		
telefon/ telefon:	14 628 41 43		
identyfikator REGON	852752594		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia medycyny pracy	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNŲW, 33-100, Juliusza Słowackiego 33-37		
telefon/ telefon	14 628 41 83		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia Rodzinna nMedica	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNŲW, 33-100, ul. Parkowa 2		
telefon/ telefon	14 628 41 43		1
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 265		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	MEDEA spŲłka 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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia Lekarza Rodzinnego	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MICHAŁOWICE, 32-091, Krakowska 229		
telefon/ telefon	123885199		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 266		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	WIELMED NZOZ Lekarze Rodzinni	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, Adama Mickiewicza 10 c, d		
telefon/ telefon	122890330		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 267		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Krzysztof Niżnik		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIDZINA, 34-236, 797		
telefon/ telefon:	18 26 73 187		
identyfikator REGON	490399710		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ŲRODEK ZDROWIA W SIDZINIE - Punkt szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIDZINA, 34-236, 721		
telefon/ telefon	182673187		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 268		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Marek Jaworski		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSIELEC, 34-234, 540		
telefon/ telefon:	18 2773907		
identyfikator REGON	490177820		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	punkt szczepień Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Osiecku	-	POP
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 269		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Zespół Poradni Specjalistycznych w Nowym Sączu	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY SĄCZ, 33-300, Jana Kilirskiego 68		
telefon/ telefon	185400200		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 270		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej	-	POP
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 271		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej	-	POP
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 272		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	-	POP
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 273		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	-	POP
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 274		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet lekarza POZ	-	POP
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			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 275		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	MIROSLAWA FRANKOWSKA-MAICHRZAK 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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, Wojska Polskiego 14		
telefon/ telefon	182611758		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 276		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BUKOWINA TATRZAŃSKA, 34-530, Kościuszki 11		
telefon/ telefon	182077201		2
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PORONIN, 34-520, Józefa Piłsudskiego 101		
telefon/ telefon	182077201		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 277		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	OŚRODEK ZDROWIA - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SZCZUROWEJ		
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Ośrodek Zdrowia - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szczurowej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZUROWA, 32-820, Rynek 3		
telefon/ telefon	146713131		2
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 278		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	"SZPITAL MIEJSKI W RABCE-ZDROJU" 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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Iszba Przyjęć Szpital w Rabce Punkt Szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABKA ZDRÓJ, 34-700, ul. Słoneczna 3		
telefon/ telefon	512283247		2
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 279		szczenie personelu	szczenie 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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet diagnostyczno - zabiegowy	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRYG, 38-305, 446		
telefon/ telefon	134479003		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 280		szczenie personelu	szczenie 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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" Spółka z o.o.	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAWOJA, 34-222, 1580		
telefon/ telefon	338775003		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 281		szczenie personelu	szczenie 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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	CENTRUM ZDROWIA TUCHÓW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	P	-
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TUCHÓW, 33-170, ul. Szpitalna 1		
telefon/ telefon	14 65 35 100		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TUCHÓW, 33-170, Kolejowa 8B		
telefon/ telefon	146535101		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIERZCHOSŁAWICE, 33-122, 39B		
telefon/ telefon	533329632		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CIĘŻKOWICE, 33-190, Zdrowa 1		
telefon/ telefon	533329632		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 5		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Pow szechnych w Burzynie	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BURZYN, 33-170, Burzyn 5		
telefon/ telefon	534497529, 536180975		
Data dodania do wykazu	21.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 282		szczenie personelu	szczenie 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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia lekarza POZ Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ROMED"	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZYN, 33-164, 574		
telefon/ telefon	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/ telefon:	12 65 63 014		
identyfikator REGON	356871868		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet lekarza POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-548, Lwowska 17/1 i 2		
telefon/ telefon	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/ telefon:	12 27 54 123		
identyfikator REGON	120630426		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Praktyka Lekarzy Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia s.c. Wola Radziszowska	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOLA RADZISZOWSKA, 32-053, 590		
telefon/ telefon	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 PODHALAŃSKI, 34-220, ul. 3 Maja 45a		
telefon/ telefon:	18 28 73 225		
identyfikator REGON	492924970		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TOPORZYSKO, 34-240, 250 250		
telefon/ telefon	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	PORĄBKA USZEWSKA, 32-854, 301		
telefon/ telefon:	14 66 56 780		
identyfikator REGON	852528247		

Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: NZOZ PROFAMILIA	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: PORĄBKA USZEWSKA, 32-854, 301		
telefon/ telefon: 146656780		1
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/ telefon: 0122627878		
identyfikator REGON 120452433		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Punkt szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: KRAKÓW, 31-476, Bosaków 11		
telefon/ telefon: 122627878		1
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/ telefon: 12 39 44 100		
identyfikator REGON 120652221		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: imed24 Punkt szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: KRAKÓW, 31-864, PROF. MICHAŁA ŻYCZKOWSKIEGO 29		
telefon/ telefon: 123763131		1
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/ telefon: 18 26 75 519		
identyfikator REGON 490810950		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia w Jordanowie"	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: JORDANÓW, 34-240, 3-go maja 2a		
telefon/ telefon: 182675519		1
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: DOBCZYCE, 32-410, ul. Zarabie 35C		
telefon/ telefon: 508329635		
identyfikator REGON 120778092		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Poradnia Lekarza POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: DOBCZYCE, 32-410, Zarabie 35c		
telefon/ telefon: 508329634		1
Data dodania do wykazu: 09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Miejsce udzielania świadczeń 2	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: WIŚNIOWA, 32-412, 317		
telefon/ telefon: 508329634		1
Data dodania do wykazu: 09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Miejsce udzielania świadczeń 3	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: RACIECHOWICE, 32-415, 330		
telefon/ telefon: 508329634		1
Data dodania do wykazu: 09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Miejsce udzielania świadczeń 4	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Poradnia lekarza POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: KASNIKA MAŁA, 34-734, 822		
telefon/ telefon: 508329634		1
Data dodania do wykazu: 09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Miejsce udzielania świadczeń 5	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Punkt Szczepień Powszechnych - Specjalmed Sp.z o.o.	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: DOBCZYCE, 32-410, ul. Podgórska 2		
telefon/ telefon: 122711284		1
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, 878		
telefon/ telefon: 14 68 46 009		
identyfikator REGON 850509056		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)

nazwa:	Punkt Szczepień	-	POP
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	HOLI - MED Sp z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej	-	POP
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia medycyny rodzinnej	-	POP
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ (NZOZ) PRZYCHODNIA ZDROWIA W LACHOWICACH MAREK COGIEL	-	POP
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 Polewczuk		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STRYSZAWA, 34-205, 277A		
telefon/ telefon	33 8747026		
identyfikator REGON	070613886		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia ogólna	-	POP
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	KOCMYRZÓW, 32-010, ul. Spółdzielców 3		
telefon/ telefon	12 64 72 028		
identyfikator REGON	351311461		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NZOZ Centrum Medyczne "Gastro-Medical"	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOCMYRZÓW, 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	NIEPOŁOMICE, 32-005, ul. Janusza Korczaka 1		
telefon/ telefon	12 281 36 56		
identyfikator REGON	120891316		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	FILIA PRZYCHODNI W PODLEŻU Z SIEDZIBĄ W PODGRABIU	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NIEPOŁOMICE, 32-005, UL. J. KORCZAKA 1		
telefon/ telefon	122811317		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia Rejonowa w Niepołomicach	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NIEPOŁOMICE, 32-005, UL. J. Korczaka 1		
telefon/ telefon	122811005		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia w Podleżu		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PODŁĘŻE, 32-003, Podłęża 467	-	POP
telefon/ telefon	122818999		1
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia w Zabierzowie Bocheńskim	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZABIERZÓW, 32-007, Zabierzów 468		1
telefon/ telefon	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/ telefon	12 28 37 023		
identyfikator REGON	120576840		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej KORMED S.C.	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOLA FILIPOWSKA, 32-065, Stolarska 1		1
telefon/ telefon	122837023		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 299		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Ficek Magdalena NZOZ OŚRODEK ZDROWIA w Budzowie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BUDZÓW, 34-211, 460		
telefon/ telefon	33 87 40 008		
identyfikator REGON	356738000		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BUDZÓW, 34-211, 460		1
telefon/ telefon	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/ telefon	14 63 40 030, 14 65 01 111		
identyfikator REGON	850470443		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOSZYCE MAŁE, 33-111, Główna 29		1
telefon/ telefon	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/ telefon	123872081		
identyfikator REGON	121119859		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LUBOMED	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOCMYRZÓW, 32-010, Wąwozowa 2		1
telefon/ telefon	12 38 72 081		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu	13.07.2021		
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/ telefon	32 64 24 147		
identyfikator REGON	121269211		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE PROMED Sp. z o.o. Punkt szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOLESŁAW, 32-329, ŁASKOWSKA 4A		1
telefon/ telefon	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	MASZCZÓW, 32-095, ul. Królewska 49		
telefon/ telefon	12 38 84 512		
identyfikator REGON	356352602		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NZOZ "ESKULAP" - Przychodnia wielospecjalistyczna	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	IWANOWICE DWORSKIE, 32-095, Jurajska 27		3
telefon/ telefon	123884399		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NZOZ "ESKULAP" - Rehabilitacja	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MASZCZÓW, 32-095, ul. Królewska 49		1
telefon/ telefon	123884512		

Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 304		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia Rodzinna s.c.		
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 305		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NZOZ CENTRUM MEDYCYN RODZINNEJ S.C.		
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 306		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NZOZ ARSMEDICA SP. Z O.O.		
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 307		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia (gabinet) lekarza POZ		
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 308		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	OŚRODEK MEDYCZNY ZDROWIE - PRAKTYKA LEKARZY RODZINNYCH SŁAWOMIR BADURA, 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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		
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			
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień		
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 309		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej		
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 310		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE 4M SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-438, ul. Borkowska 258/U1		
telefon/ telefon:	+48 12 307 02 21		
identyfikator REGON	121497389		

Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia lekarza POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-141, Krowoderska 17		
telefon/ telefon	12 30 70 221		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 311		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	PRAKTYKA GRUPOWA PEDIATRYCZNO-INTERNISTYCZNA - LEKARZE E. BAŁUK-SYREK & A.KRZYWON SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRZCZONÓW, 32-435, 733		
telefon/ telefon:	122747551		
identyfikator REGON	356383264		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKOMIELNA CZARNA, 32-437, 415		
telefon/ telefon	12 37 32 226		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 312		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	BRONIEK - SETKIEWICZ - LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RYGLICE, 33-160, ul. Tarnowska 21		
telefon/ telefon:	14 65 41 009		
identyfikator REGON	852624028		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia lekarza POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RYGLICE, 33-160, TARNOWSKA 21		
telefon/ telefon	146541009		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 313		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ TRES-MED ROGAL-PIECH-WOJTASZEK LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GROMNIK, 33-180, ul. Jana Pawła II 10		
telefon/ telefon:	14 65 14 210		
identyfikator REGON	852726898		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GROMNIK, 33-180, Jana Pawła II 10		
telefon/ telefon	146514210		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 314		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	PRO VITAE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHOMRANICE, 33-394, 200		
telefon/ telefon:	60 25 58 244		
identyfikator REGON	121130424		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHOMRANICE, 33-394, 10		
telefon/ telefon	184433308		2
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 315		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	NOWOCZESNE CENTRUM MEDYCZNE OKOLIKLIN SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 01-493, ul. Orlich Gniazd 8/13		
telefon/ telefon:	228619379		
identyfikator REGON	141224658		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NOWOCZESNE CENTRUM MEDYCZNE OKOLIKLIN Punkt szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, Topolowa 16		
telefon/ telefon	609155258		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 316		szczenie personelu	szczenie 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/ telefon:	18 2001360		
identyfikator REGON	121850704		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MURZASICHLE, 34-531, Sądecka 55		
telefon/ telefon	182001360		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 317		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	"PULS Iwulski Ropek s.c." Zdzisław Iwulski, Bogumiła Ropek		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZEJSKO, 32-800, ul. Legionów Piłsudskiego 27A		
telefon/ telefon:	14 68 53 200		
identyfikator REGON	122445101		

Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: ZOZ PULS MED	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: BRZESKO, 32-800, Legionów Piłsudskiego 27A		
telefon/ telefon: 146853200		1
Data dodania do wykazu: 09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 318	szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa: ZDROWIE RODZINNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: SKAŁA, 32-043, ul. Bohaterów Września 52		
telefon/ telefon: 883 255 554		
identyfikator REGON 122499551		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Punkt Szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: SKAŁA, 32-043, Polna 17		
telefon/ telefon: 124426200		2
Data dodania do wykazu: 09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 319	szczenie personelu	szczenie 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/ telefon: 13 4471808		
identyfikator REGON 122588906		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Przychodnia w Bieczu	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: BIECZ, 38-340, Tysiąclecia 3		
telefon/ telefon: 13 4471808		1
Data dodania do wykazu: 09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Miejsce udzielania świadczeń 2	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Przychodnia w Libuszu	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: LIBUSZA, 38-306, 688		
telefon/ telefon: 134475051		1
Data dodania do wykazu: 09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Miejsce udzielania świadczeń 3	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Przychodnia w Rożnowicach	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: ROŻNOWICE, 38-323, 326		
telefon/ telefon: 13 4476003		1
Data dodania do wykazu: 09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 320	szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Sanatorium Uzdrowiskowe "LEŚNIK DRZEWIARZ" Sp. z o.o.	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, Podgórna 1		
telefon/ telefon: 184712861		4
Data dodania do wykazu: 09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 321	szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa: "MG LEKARZE RODZINNI GRUZIEL, 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		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: KRAKÓW-PODGÓRZE, 30-612, Przykopy 13		
telefon/ telefon: 607 370 036		1
Data dodania do wykazu: 09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 322	szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa: NOWA-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: WADOWICE, 34-100, ul. Emilii i Karola Wojtyłów 19		
telefon/ telefon: 602694045		
identyfikator REGON 122720553		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Gabinet lekarza POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: WADOWICE, 34-100, E i K Wojtyłów 19		
telefon/ telefon: 602694045		1
Data dodania do wykazu: 09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 323	szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)

nazwa:	Bonus-Med	-	POP
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 324		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	-	POP
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 325		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	CARDEA KUCA 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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia Rodzinna CARDEA	-	POP
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 326		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
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	14 641 41 10		
identyfikator REGON	122813059		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia lekarza POZ	-	POP
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			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia lekarza POZ	-	POP
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 327		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	ALLMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	-	POP
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			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	ALLMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	-	POP
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			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	ALLMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	-	1
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			
Miejsce udzielania świadczeń 4		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	ALLMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAKOPANE, 34-500, Chłyców Potok 26		
telefon/ telefon	182657488		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 5		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - ALLMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAKOPANE, 34-500, Chłyców Potok 26		
telefon/ telefon	182657488		
Data dodania do wykazu	07.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 328		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1			rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:		Centrum Medyczne Szyce	-	POP
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				
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 329			szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1			rodzaj punktu *	
nazwa:		Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	-	POP
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				
Miejsce udzielania świadczeń 2			rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:		Punkt Szczepień Powszechnych Vitalis	-	PSP
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				
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 330			szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1			rodzaj punktu *	
nazwa:		Szpital Powiatowy w Limanowej Imienia Miłosierdzia Bożego	W	-
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				
Miejsce udzielania świadczeń 2			rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:		Gabinet Lekarza POZ	-	POP
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				
Miejsce udzielania świadczeń 3			rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:		Punkt Szczepień Powszechnych - Zespół Szkół Technicznych i Ogólnokształcących im. Jana Pawła II	-	PSP
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				
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 331			szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1			rodzaj punktu *	
nazwa:		CENTRUM MEDYCZNE VISMED	-	POP
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1			rodzaj punktu *	
nazwa:		PUNKT SZCZEPIEŃ	-	POP
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1			rodzaj punktu *	
nazwa:		Gabinet Lekarza POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu		SIEPRAW, 32-447, Jana Pawła II 38		
telefon/ telefon				
Data dodania do wykazu				
Data wykreślenia z wykazu				

telefon/ telefon	122746122		1
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JANKOWICE, 32-551, Jana Pawła II 16	-	POP
telefon/ telefon	508970221		1
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MASZKÓW, 32-095, Prosta 19	-	POP
telefon/ telefon	123884138		2
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 336		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	INSTYTUT MEDYCYN 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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Centrum Medyczne Imicare		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 33-332, Zabłocie 25/4	-	POP
telefon/ telefon	123523150		1
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-357, Josepha Conrada 79	-	POP
telefon/ telefon	604792922		1
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 WŁOŚCIANIE, 32-095, ul. ul. Jana Pawła II 23		
telefon/ telefon	604 503 149		
identyfikator REGON	123227990		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Familia Medicina Gabinet Lekarza POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRZYBYSLAWICE, 32-046, 78	-	POP
telefon/ telefon	+48535628912		1
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Centrum Medyczne IGAMED Punkt szczepień		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, Oświęcimska 3	-	POP
telefon/ telefon	608 277 988		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 340		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Renata Sieja Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIANOWICE, 34-603, 31		
telefon/ telefon	18 3334012		
identyfikator REGON	361015619		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIANOWICE, 34-603, 31	-	POP
telefon/ telefon	183334012		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 341		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	CM PLUS MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZEŃSKO, 32-800, św. Brata Alberta 6		
telefon/ telefon:	500 844 441		
identyfikator REGON	361510425		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Centrum Medyczne Plus Medica		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZEŃSKO, 32-800, św. Brata Alberta 6		
telefon/ telefon:	500844441		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 342		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	PZU ZDROWIE SPÓŁKA AKCYJNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 02-673, ul. Konstruktorska 13		
telefon/ telefon:	225824541		
identyfikator REGON	143343166		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	PZU ZDROWIE CENTRUM MEDYCZNE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, Polskiego Czerwonego Krzyża 26		
telefon/ telefon:	504-742-221		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 343		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	"PRZYCHODNIA RODZINNA" SPÓŁKA JAWNA J.KUTA, A.KORZEC, M.JASIŃSKI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZUCIN, 33-230, ul. Jakuba Przyluskiego 1		
telefon/ telefon:	14 641 02 20, 721 353 441		
identyfikator REGON	361633671		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	"PRZYCHODNIA RODZINNA" SPÓŁKA JAWNA J.KUTA, A.KORZEC, M.JASIŃSKI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZUCIN, 33-230, Przyluskiego 1		
telefon/ telefon:	14 641 02 20		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 344		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MALIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SŁOMNIKI, 32-090, ul. Józefa Poniatowskiego 9		
telefon/ telefon:	12 357 67 11		
identyfikator REGON	361748345		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MALIMED		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SŁOMNIKI, 32-090, Józefa Poniatowskiego 9		
telefon/ telefon:	123576711		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 345		szczenie personelu	szczenie 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/ telefon:	18 26 71 013		
identyfikator REGON	363027472		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet zabiegowy		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABA WYŻNA, 34-721, 64		
telefon/ telefon:	182671013		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Skawie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKAWA, 34-713, 9		
telefon/ telefon:	182686022		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 346		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	MEDYCYNĄ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-729, ul. Na Zakolu Wisły 128/LU2		
telefon/ telefon:	608 059 176		
identyfikator REGON	362396776		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia Bocheńska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOCHNIA, 32-700, Krakowska 27		
telefon/ telefon:	146116363		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Łapanowie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁAPANÓW, 32-740, Łapanów 32		
telefon/ telefon:	695190178		
Data dodania do wykazu	28.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 347		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	CLINICARE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-436, ul. Henryka Wieniawskiego 66/34		
telefon/ telefon	607261197		
identyfikator REGON	363551300		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia chorób wewnętrznych		
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 348		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	"Spółka Gminna Palecznica" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PALECZNICA, 32-109, ul. św. Jakuba 11		
telefon/ telefon	691964034		
identyfikator REGON	361070357		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Rehabilitacji Palecznica		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PALECZNICA, 32-109, Małopolska 36		
telefon/ telefon	413848542		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 349		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 350		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Centrum Medyczne Południe - Rafał Wyrzumiński		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, ul. Jana Pęckowskiego 3		
telefon/ telefon	791 841 010		
identyfikator REGON	366011419		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia Rodzinna Południe		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, Jana Pęckowskiego 3		
telefon/ telefon	791841010		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 351		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	KAROLINA WERCHOWIECKA-PARDYGAL I TOMASZ PARDYGAL SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-698, ul. Rymanowska 7		
telefon/ telefon	123994960		
identyfikator REGON	368801261		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień		
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 352		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	FUNDACJA POD SKRZYDŁAMI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-698, ul. Matematyków Krakowskich 122A		
telefon/ telefon	126235979		
identyfikator REGON	364399626		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 353		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	MATEUSZ GALUSZKA Ośrodek Zdrowia GAMED		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ROPA, 38-312, 680		
telefon/ telefon	+48 502 718 774		
identyfikator REGON	241192978		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		
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			

Miejsce udzielania świadczeń 2	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Gabinet lekarza POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: UŚCIE GORLICKIE, 38-315, 155		
telefon/ telefon: +48502718774		1
Data dodania do wykazu: 09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 354	szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa: ZDROWA HUTA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: KRAKÓW, 31-914, ul. Wadawa Sieroszewskiego 3		
telefon/ telefon: 511456418		
identyfikator REGON 380864631		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Zdrowa Huta	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: KRAKÓW, 31-914, Wacława Sieroszewskiego 3		
telefon/ telefon: 604941697		1
Data dodania do wykazu: 09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 355	szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa: GYNCENTRUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: KATOWICE, 40-851, ul. Żelazna 1		
telefon/ telefon: 608763854		
identyfikator REGON 383762894		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY - GYNCENTRUM ODDZIAŁ KRAKÓW	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: KRAKÓW, 31-322, Józefa Mehoffera 10		
telefon/ telefon: 325065086		2
Data dodania do wykazu: 09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 356	szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa: MOJA PRZYJAZNA PORADNIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: BRZESZCZE, 32-620, ul. Kościelna 21/8		
telefon/ telefon: 502336426		
identyfikator REGON 385398470		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: punkt szczepień Moja Przyjazna Poradnia	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: BRZESZCZE, 32-620, Nosała 7		
telefon/ telefon: 576141148		1
Data dodania do wykazu: 09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Miejsce udzielania świadczeń 2	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Punkt Szczepień Powszecznych - Moja Przyjazna Poradnia	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: BRZESZCZE, 32-620, Nosała 7		
telefon/ telefon: 515848652		3
Data dodania do wykazu: 26.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 357	szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa: Szpital Specjalistyczny im.J.Dietla w Krakowie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: ul. Skarbowsa 4, 31-121 Kraków		
telefon/ telefon: tel. +48 12 68 76 200		
identyfikator REGON 351564179		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Szpital Specjalistyczny im.J.Dietla w Krakowie	W	-
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: ul. Skarbowsa 4, 31-121 Kraków		
telefon/ telefon: tel. +48 609 992 670		
Data dodania do wykazu: 09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Miejsce udzielania świadczeń 2	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Szpital Specjalistyczny im.J.Dietla w Krakowie	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: ul. Focha 33, 30-119 Kraków		
telefon/ telefon: 126876378		1
Data dodania do wykazu: 29.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 358	szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital im.dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój		
telefon/ telefon: tel. +48 18 47 32 400		
identyfikator REGON 000300587		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital im.dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju	W	-
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój		
telefon/ telefon: tel. +48 18 473 24 05		
Data dodania do wykazu: 09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Miejsce udzielania świadczeń 2	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital im.dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój		
telefon/ telefon: 505668349		2
Data dodania do wykazu: 09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		

Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - SP202 Szpital Im. dr J. Dietla w Krynicy-Zdroju - PUNKT SZCZEPIEŃ SZPITAL TYMCZASOWY	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój		2
telefon/ telefon	505668349		
Data dodania do wykazu	30.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Liceum Ogólnokształcące w Starym Sączu	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STARY SĄCZ, 33-340, Ul. Partyzantów 15		5
telefon/ telefon	505668349		
Data dodania do wykazu	30.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 359		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Szpital Powiatowy w Chrzanowie	W	-
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 wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Szpital Powiatowy w Chrzanowie	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów		1
telefon/ telefon	326247029		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Punkt szczepień nr 2	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHYZANÓW, 32-500, ul. Sokoła 24		2
telefon/ telefon	326247029		
Data dodania do wykazu	23.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 360		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach	W	-
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 wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Karmelicka 5, 34-100 Wadowice		3
telefon/ telefon	510150401		
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Karmelicka 5, 34-100 Wadowice		4
telefon/ telefon	571324953		
Data dodania do wykazu	26.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 361		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie		
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie	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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 362		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie sp. z o. o.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Trynatarska 11, 31-061 Kraków		
telefon/ telefon	tel. +48 12 379 71 00		
identyfikator REGON	121065900		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie sp. z o. o.	W	-
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Trynatarska 11, 31-061 Kraków		
telefon/ telefon	tel. +48 504 235 891		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie sp. z o. o.	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Trynitarńska 11, 31-061 Kraków		
telefon/ telefon	123797120		1
Data dodania do wykazu	30.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 363		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Nowy Szpital w Olkuszu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	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			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia chorób zakaźnych	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olkus, 32-300, ul. 1000-lecia 13		
telefon/ telefon	412402411		1
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Miejski Ośrodek Sportu i Rekreacji w Olkuszu - Nowy Szpital w Olkuszu Sp. z o. o.	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLKUSZ, 32-300, ul. Wiejska 1A		
telefon/ telefon	512143815		6
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Szkoła Podstawowa nr 1 w Wolbromiu	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOLBROM, 32-340, ul. Mariacka 28		
telefon/ telefon	516142346		3
Data dodania do wykazu	04.05.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 364		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 365		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
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			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Hala Sportowa	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUCHA BESKIDZKA, 34-200, ul. Kościelna 5		
telefon/ telefon	797120260		5
Data dodania do wykazu	26.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 366		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni "Szpital Powiatowy" im. Bł. Marty Wieckiej		
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, 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			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni "Szpital Powiatowy" im. Bł. Marty Wieckiej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia		
telefon/ telefon	146153306		1
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Zespół Szkół nr 1	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOCHNIA, 32-700, ul. Windakiewicza 23		
telefon/ telefon			5
Data dodania do wykazu	12.05.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 367		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Myślenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2		
telefon/ telefon	+48 12 272 10 85, +48 12 273 03 55		
identyfikator REGON	000300570		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach	W	-
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Myślenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2		
telefon/ telefon	tel. +48 603 852 893		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 368		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PASTERNIK" MALUTY SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Modnicza / 32-085 / os. Krakowskie Przedmieście 28		
telefon/ telefon	12 28 54 415		
identyfikator REGON	351600969		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PASTERNIK" MALUTY SPÓŁKA JAWNA	P	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Modnicza / 32-085 / os. Krakowskie Przedmieście 28		
telefon/ telefon	12 28 54 415		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 369		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	FUNDACJA "ZDROWIE DLA BUDOWLANYCH"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-915 / Osiedle Młodości 9		
telefon/ telefon	126866812		
identyfikator REGON	350107787		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	FUNDACJA "ZDROWIE DLA BUDOWLANYCH"	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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 370		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	ZGROMADZENIE SIOSTR SŁUŻEBNICZEK NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY NIEPOKALANIE POCZĘTEJ, PROWINCJA KRAKOWSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-542 / ul. Kazimierza Kordylewskiego 12		
telefon/ telefon	12 41 24 457		
identyfikator REGON	006234874		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	ZGROMADZENIE SIOSTR SŁUŻEBNICZEK NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY NIEPOKALANIE POCZĘTEJ, PROWINCJA 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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 371		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	STOWARZYSZENIE PRZYJACIÓŁ DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ IM. L.A. HELCŁÓW		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-148 / ul. Helcłów 2		
telefon/ telefon	12 63 44 255 wewn. 266		
identyfikator REGON	351001134		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	STOWARZYSZENIE PRZYJACIÓŁ DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ IM. L.A. HELCŁÓW	P	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-148 / ul. Helcłów 2		
telefon/ telefon	12 63 44 255 wewn. 266		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 372		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	"POMORZANY" CHOCHOŁOWSKI I WSP. SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olkusz / 32-300 / ul. Gwarków 4A		
telefon/ telefon	322109137		
identyfikator REGON	120527770		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	"POMORZANY" CHOCHOŁOWSKI 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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 373		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	ZAKON POSŁUGUJĄCYCH CHORYM OJCOWIE KAMILIANIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tarnowskie Góry / 42-606 / ul. Bytomska 22		
telefon/ telefon	322857696		
identyfikator REGON	040001646		

Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: ZAKON 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:		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 374	szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa: POLSKI CZERWONY KRZYŻ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Warszawa / 00-561 / ul. Mokotowska 14		
telefon/ telefon: 22 326 12 86		
identyfikator REGON 007023731		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, 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:		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 375	szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa: UNIWERSYTECKI SZPITAL DZIECIĘCY W KRAKOWIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Kraków / 30-663 / ul. Wielicka 265		
telefon/ telefon: 6580656		
identyfikator REGON 351375886		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: UNIWERSYTECKI SZPITAL DZIECIĘCY 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:		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 376	szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa: Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika w Krakowie		
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	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, 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 SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE		
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	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, 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. DR. ADAMA SZEBESTY W RABCE - ŹDROJU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
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	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: ŚLĄSKIE CENTRUM REHABILITACYJNO - UZDROWISKOWE IM. DR. ADAMA SZEBESTY W RABCE - ŹDROJU 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: "MIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
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	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Miejskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. Przychodnia nr 1	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Libiąż, 32-590, ul. 9 Maja 2		1
telefon/ telefon: 32 750 13 15		
Data dodania do wykazu: 09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Miejsce udzielania świadczeń 2	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Miejskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. Przychodnia nr 2	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Żarki, 32-593, ul. Struga 22		1
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Specjalistyczna Praktyka Lekarska-Chirurgia Izabella Barczyk		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wolbrom, 32-340, ul. Skalska Pawilon A	-	POP
telefon/ telefon:	606483082		1
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 NAWOJOWEJ		
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nawojowej - Punkt Szczepień		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nawojowa, 33-335, ul. Ogrodowa 12	-	POP
telefon/ telefon:	184457013		1
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. Zygmunta Słomińskiego 19/524		
telefon/ telefon:	222307007		
identyfikator REGON	140802685		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Centrum Medyczne Enel-Med S.A. Oddział Wadowicka		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-347, Wadowicka 3A	-	POP
telefon/ telefon:	224340909		1
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Zakład Opieki Zdrowotnej "Medycyna Pracy" Sp. z o.o.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-586, Centralna 51	-	POP
telefon/ telefon:	126861664		1
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 96		
telefon/ telefon:	22 592 70 00		
identyfikator REGON	012396508		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	CM Kraków Bora Komorowskiego		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-476, Bora Komorowskiego 258	-	POP
telefon/ telefon:	500900500		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	CM Kraków Podgórska Punkt Szczepień		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-536, Podgórska 36	-	POP
telefon/ telefon:	500900500		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień Centrum Medicover		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-358, ul. Jasnogórska 1	-	POP
telefon/ telefon:	500900500		1
Data dodania do wykazu	22.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień Centrum Medicover		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-015, ul. Świętokrzyska 14	-	POP
telefon/ telefon:	500900500		1
Data dodania do wykazu	22.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 385		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	POLMED SPÓŁKA AKCYJNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STAROGARD GDANSKI, 83-200, os. Mikołaja Kopernika 21		
telefon/ telefon:	58 77 50 919		
identyfikator REGON	192110780		

Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: POLMED SPÓŁKA AKCYJNA	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: KRAKÓW, 31-503, LUBICZ 23a		
telefon/ telefon: 122984740		
Data dodania do wykazu: 09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 386	szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa: UNICARDIA SPECJALISTYCZNE CENTRUM LECZENIA CHOROÓB SERCA I NACZYŃ & UNIMEDICA SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: KRAKÓW, 31-271, ul. Kluczborska 15/U3		
telefon/ telefon: 517575788		
identyfikator REGON 356768082		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: UNICARDIA UNIMEDICA Dygasińskiego 2D	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: KRAKÓW, 30-820, Al. Adolfa Dygasińskiego 2d		
telefon/ telefon: 606577344		
Data dodania do wykazu: 09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 387	szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa: Robert Roman Weisberger		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: WADOWICE, 34-100, ul. Sadowa 19A		
telefon/ telefon: 604050413		
identyfikator REGON 708000680		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: GABINET LEKARSKI ROBERT WEISBERGER	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: WADOWICE, 34-100, SADOWA 19A		
telefon/ telefon: 604050413		
Data dodania do wykazu: 09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 388	szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa: SPEC-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: KRAKÓW, 30-201, ul. Emaus 7/1		
telefon/ telefon: 12 42 73 325		
identyfikator REGON 121052954		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: SPEC-MED	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: KRAKÓW, 30-201, Emaus 7/1		
telefon/ telefon: 12 42 73 325		
Data dodania do wykazu: 09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 389	szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa: CENTRUM MEDYCZNE MULTIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: KRAKÓW, 31-111, al. Aleja Zygmunta Krasińskiego 9/248		
telefon/ telefon: 14 67 40 400		
identyfikator REGON 360616015		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: CENTRUM MEDYCZNE MULTIMED	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: BRZESKO, 32-800, Os. Władysława Jagiełły 15		
telefon/ telefon: 124640400		
Data dodania do wykazu: 09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 390	szczenie personelu	szczenie populacyjne
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 11B		
telefon/ telefon: 693424008		
identyfikator REGON 382992698		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Punkt szczepień NASZ GABINET	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: KRAKÓW, 31-231, Siewna 4/5		
telefon/ telefon: 519775225		
Data dodania do wykazu: 09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 391	szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa: MEDCUBE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: KRAKÓW, 30-409, ul. Ruczaj 15C		
telefon/ telefon: 601 95 10 29		
identyfikator REGON 122834624		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: MEDCUBE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: KRAKÓW, 30-349, Miłkowskiego 9		
telefon/ telefon: 124313585		
Data dodania do wykazu: 09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 392	szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa: LEGION MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: ŚWIĄTNIKI GÓRNE, 32-040, ul. Krakowska 1A		
telefon/ telefon: 12 30 71 877		
identyfikator REGON 363775547		

Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	LEGION MED	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŚWIĄTNIKI GÓRNE, 32-040, Krakowska 1A		
telefon/ telefon	123071877		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 393		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	AST SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-542, ul. Kazimierza Kordylewskiego 4		
telefon/ telefon	519316845		
identyfikator REGON	122628511		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Ambulatoria Acernis	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-548, Aleja Pokoju 4		
telefon/ telefon	124302208		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 394		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	RATMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-708, ul. Stefana Kisielewskiego 26		
telefon/ telefon	535-333-512		
identyfikator REGON	121294396		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	punkt szczepień Zespół Transportu Medycznego RM1	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-334, Komandosów 18		
telefon/ telefon	535333512		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 395		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	KTMD SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-079, Aleja Kijowska 24/LU6		
telefon/ telefon	577705006		
identyfikator REGON	121148453		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia chorób wewnętrznych	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAGÓRZYCE DWORSKIE, 32-091, Kwitnąca 3		
telefon/ telefon	691058777		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 396		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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/ telefon	123522525		
identyfikator REGON	360548070		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Szpital Dworska - Punkt Szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-314, Dworska 18/LU1		
telefon/ telefon	123627252		3
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 397		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	IZABELA TARCOŃ PRZYŁĄDEK ZDROWIA SPECJALISTYCZNE PORADNIE MEDYCZNE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-324, ul. Szwedzka 23/7		
telefon/ telefon	508180797		
identyfikator REGON	120756825		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-644, Henryka Kamieńskiego 47		
telefon/ telefon	570577000		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 398		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Solimed Jakub Loster		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, os. Karola Szymanowskiego 6/LU		
telefon/ telefon	516077076		
identyfikator REGON	120193397		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Centrum Szczepień i Medycyny Podróży Solimed	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, os. Szymanowskiego 6/LU		
telefon/ telefon	516077076		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 399		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	CFMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-820, al. Aleja Adolfa Dygasińskiego 2D		
telefon/ telefon	519146247		
identyfikator REGON	385197234		

Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: KRAKÓW, 30-820, Aleja Adolfa Dygasńskiego 2D		
telefon/ telefon: 519146247		2
Data dodania do wykazu: 09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 400	szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa: MIKOŁSZ WOŹNICZKO		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: WOLBROM, 32-340, ul. Jesionowa 6		
telefon/ telefon: 602608121		
identyfikator REGON: 122511252		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Centrum Medyczne	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: WOLBROM, 32-340, Krakowska 27		
telefon/ telefon: 602608121		2
Data dodania do wykazu: 09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu:		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 401	szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa: AGNES PALUCHA CENTRUM MEDYCZNE CEGIELNIANA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: KRAKÓW, 30-404, ul. Cegielniana 4A		
telefon/ telefon: 12 295 08 09		
identyfikator REGON: 120543325		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Gabinet Zabiegowy	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: KRAKÓW, 30-404, Cegielniana 4A		
telefon/ telefon: 122950809		1
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/ telefon: 12 42 24 106		
identyfikator REGON: 351005474		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: "Medicina 2000"	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: KRAKÓW, 31-540, Rzeźnicza 2		
telefon/ telefon: 12 42 24 106		1
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/ telefon: 583209494		
identyfikator REGON: 220333607		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: KRAKÓW, 30-348, Bobrzyńskiego 37		
telefon/ telefon: 122542244		2
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/ telefon: 12 4467888		
identyfikator REGON: 122894997		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: Gabinet zabiegowy	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: KRAKÓW, 30-399, Leona Petrażyckiego 99		
telefon/ telefon: 124467888		2
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/ telefon: 126211520		
identyfikator REGON: 122854294		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa: punkt szczepień CARINTART SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: KRAKÓW, 31-514, Aleja płk. Władysława Beliny-Prażmowskiego 60		
telefon/ telefon: 787567077		1
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 Popiełuszki 17A		
telefon/ telefon: 694207141		
identyfikator REGON: 385060311		

Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ SOLMEDICA GABINETY LEKARSKIE	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKAWINA, 32-050, Księdza Jerzego Popiełuski 17A		
telefon/ telefon	+48694207141		2
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/ telefon:	18 331 52 02		
identyfikator REGON	491958240		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Bystrej - Punkt Szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bystra Podhalańska, 34-235, Bystra Podhalańska 353a		
telefon/ telefon	182681024		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Mszanie Górnej - Punkt Szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MSZANA GÓRNA, 34-733, Mszana Górna 491		
telefon/ telefon	668645579		1
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/ telefon:	18 331 52 02		
identyfikator REGON	491958240		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Bystrej - Punkt Szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bystra Podhalańska, 34-235, Bystra Podhalańska 353a		
telefon/ telefon	182681024		1
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/ telefon:	126211520		
identyfikator REGON	122854294		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Zabierzowie	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZABIERZÓW, 32-080, ul. Śląska 236		
telefon/ telefon	182681024		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Budynek Gminny - Punkt Szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOLECHOWICE, 32-082, ul. Ogrodowa 5		
telefon/ telefon	797275939		1
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 410		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Quattro - Med. Punkt szczepień	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOCHNIA, 32-700, ul. Kazimierza Wielkiego 22		
telefon/ telefon	506591162		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	MOBILNY PUNKT SZCZEPIEŃ Quattro-med Wieś Niepolomice	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOCHNIA, 32-700, ul. Kazimierza Wielkiego 22		
telefon/ telefon	506591162		1
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 411		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE SKAŁKA 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	122885975		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE SKAŁKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	P	
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 412		szczenie personelu	szczenie populacyjne

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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Serdeczna Troska spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	P	
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 413		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Monika Skotarska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ostrów / 33-122 / Ostrów 137		
telefon/ telefon	14 67 52 041		
identyfikator REGON	852751749		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia Rodzinna Skomed	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ostrów / 33-122 / Ostrów 137		
telefon/ telefon	146752041		2
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 414		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	PRZYCHODNIA ZDROWIA W GROJCU ALEKSANDER KEPA SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grojec / 32-615 / ul. Bartomieja Chowańca 4		
telefon/ telefon	531434284		
identyfikator REGON	367979531		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA Z SERCEM	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grojec / 32-615 / ul. Bartomieja Chowańca 4		
telefon/ telefon	531434284		1
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 415		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Halina Lubik-Bachniak		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bulowice / 32-652 / ul. Różana 46		
telefon/ telefon	605403758		
identyfikator REGON	070445957		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NZO2 Praktyka Lekarza	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bulowice / 32-652 / ul. Różana 46		
telefon/ telefon	605403758		1
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 416		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Publiczny Samodzielny Ośrodek Zdrowia w Radłowie	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radłów / 33-130 / ul. Brzeska 9		
telefon/ telefon	146782005		2
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 417		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Antoni Hudzik		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-311 / ul. Murarska 24		
telefon/ telefon	506129126		
identyfikator REGON	351517317		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NZO2 Gabinet Lekarza Rodzinnego lek. Med. Antoni Hudzik	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Węgrze / 32-086 / A10		
telefon/ telefon	122859457		1
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 418		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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/ telefon	14 61 15 630		
identyfikator REGON	850446373		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gminny Ośrodek Zdrowia w Łąpczycy	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łąpczyca / 32-744 / Łąpczyca 496		
telefon/ telefon	735015450		3
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 419		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Gorczański Ośrodek Medyczny GOR-MED Kaім Spółka Jawna		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Stąpnice / 34-615 / Stąpnice 1055		
telefon/ telefon	183326415		
identyfikator REGON	122706777		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)	
nazwa:	Gorczański Ośrodek Medyczny GOR-MED	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kamienica / 34-608 / Kamienica 403		1
telefon/ telefon	183323400		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 420	szczenie personelu	szczenie populacyjne	
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/ telefon	501362834		
identyfikator REGON	120148681		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)	
nazwa:	NZOZ SERCE SERCU w Mogilaniech	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Mogilany / 32-031 / Rynek 4		1
telefon/ telefon	122700625		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)	
nazwa:	NZOZ SERCE SERCU Filia nr 4	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wieliczka / 32-020 / ul. Leśna 1A		1
telefon/ telefon	123858040		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 421	szczenie personelu	szczenie populacyjne	
nazwa:	Centrum Medyczne Vadimed Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-457 / ul. Fiolkowa 6		
telefon/ telefon	122903139		
identyfikator REGON	357409592		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)	
nazwa:	Centrum Medyczne Vadimed	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-457 / ul. Fiolkowa 6		2
telefon/ telefon	122903139		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 422	szczenie personelu	szczenie populacyjne	
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/ telefon	18 26 57 370		
identyfikator REGON	491984697		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)	
nazwa:	Punkt szczypten	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Czarny Dunajec / 34-470 / Kamieniec Dolny 55		1
telefon/ telefon	182657475		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)	
nazwa:	Punkt szczypten	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ciche / 34-407 / Ratułów 1c		1
telefon/ telefon	182658132		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 423	szczenie personelu	szczenie populacyjne	
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Laskowej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Laskowa / 34-602 / Laskowa 428		
telefon/ telefon	18 33 33 009		
identyfikator REGON	491991036		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)	
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Laskowej	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Laskowa / 34-602 / Laskowa 428		1
telefon/ telefon	183333009, 183378800		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 424	szczenie personelu	szczenie populacyjne	
nazwa:	Centermed Kraków Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-530 / ul. Św. Łazarza 14		
telefon/ telefon	123708200		
identyfikator REGON	121190290		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)	
nazwa:	Centermed Kraków Sp. z o.o.	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-530 / ul. Św. Łazarza 14		1
telefon/ telefon	123708200		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 425	szczenie personelu	szczenie populacyjne	
nazwa:	Prosper Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-036 / ul. Halicka 10		

telefon/ telefon:	122627878		
identyfikator REGON	122671731		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Niepolomice / 32-005 / ul. Tadeusza Kościuszki 28a		1
telefon/ telefon	122500787		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 426		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Vaxmed Stelmaszek Paweł, Jakub Grabski spółka cywilna		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Warszawa / 02-993 / ul. Bruzdowa 100F/10		
telefon/ telefon:	794365248		
identyfikator REGON	388216140		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Vaxmed Punkt szczepień - Przzychodnia Skymedic	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-875 / os. Dywizjonu 303 62b		1
telefon/ telefon	881221433		
Data dodania do wykazu	29.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 427		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NCPL, filia Batorego 57A	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Niepolomice / 32-005 / ul. Stefana Batorego 57A		1
telefon/ telefon	724824924		
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 428		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Leokadia Osuch		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-146, ul. Długa 38/219		
telefon/ telefon:	606530181		
identyfikator REGON	356740385		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NZOZ Derm Centrum	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-146, ul. Długa 38/218		2
telefon/ telefon	122920606		
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NZOZ Derm Centrum BIS	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLKUSZ, 32-300, ul. Skwer 6		2
telefon/ telefon	326450051		
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 429		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	TWOJE ZDROWIE SA	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Żółkiewskiego 13		1
telefon/ telefon	574498666		
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 430		szczenie personelu	szczenie populacyjne
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE MASZACHABA	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-202, ul. Prądnicka 50A		2
telefon/ telefon	126237069		
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 431		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Bogdan Krzykwa		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Tłoki 9A		
telefon/ telefon:	501348814		
identyfikator REGON	120672011		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej HIPOKRATES gabinet zabiegowy POZ	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OCHOTNICA DOLNA, 34-452, Hologówka 180A		1
telefon/ telefon	185428678		
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 432		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	PRZYCHODNIA MEDYCYN POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-530, ul. Św. Łazarza 14		
telefon/ telefonny:	517734137		
identyfikator REGON	351496408		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Filia numer 1 Przychodnia Medycyna Polska Sp. z o.o.	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-589, ul. Sołtysovska 35A		4
telefon/ telefonny	123120705		
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 433		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	PPUH HABA-MED HANNA BROMBOSZCZ-ŚLUSARCYK, WOJCIECH BARTMAN, BERNADETTA BACIA-BORON SPÓŁKA JAWNA	-	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TRZEBINIA, 32-540, ul. Wiśniowa 14		
telefon/ telefonny:	322109445		
identyfikator REGON	356392671		
Miejsce udzielania świadczeń 1			rodzaj punktu *
nazwa:	CENTRUM ZDROWIA HABA-MED.	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TRZEBINIA, 32-540, ul. Wiśniowa 14		1
telefon/ telefonny	322109445		
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 434		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnym w Krakowie	-	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-663, ul. Wielicka 267		
telefon/ telefonny:	539974001		
identyfikator REGON	351239953		
Miejsce udzielania świadczeń 1			rodzaj punktu *
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnym w Krakowie	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-663, ul. Wielicka 267		7
telefon/ telefonny	124467500		
Data dodania do wykazu	21.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnym w Krakowie	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-084, ul. Podchorążych 3		7
telefon/ telefonny			
Data dodania do wykazu	21.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Tauron Arena Kraków	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-571, ul. Stanisława Lema 7		10
telefon/ telefonny			
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/ telefonny:	608583552		
identyfikator REGON	120940895		
Miejsce udzielania świadczeń 1			rodzaj punktu *
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej Adrian Karasiewicz	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PROSZOWICE, 32-100, ul. Parkowa 10		3
telefon/ telefonny	889468258		
Data dodania do wykazu	22.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 436		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Krzysztof Ślusarczyk Liberandum Ratownictwo Medyczne	-	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-698, ul. Merkuriusza Polskiego 35		
telefon/ telefonny:	500488338		
identyfikator REGON	362480815		
Miejsce udzielania świadczeń 1			rodzaj punktu *
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - WIELICZKA SOLNE MIASTO	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, ul. Kościuszki 15		8
telefon/ telefonny	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. Diamentowa 8/22		
telefon/ telefonny:	531166475		
identyfikator REGON	241840124		
Miejsce udzielania świadczeń 1			rodzaj punktu *
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Hala sportowa	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MYŚLENICE, 32-400, ul. Zdrojowa 9		5
telefon/ telefonny	124446750		
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, Jaroszwice 7		
telefon/ telefon	338235656		
identyfikator REGON	123004994		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Dom Kultury	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WADOWICE, 34-100, ul. Teatralna 1		2
telefon/ telefon	573154928		
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - LIMANOWSKI DOM KULTURY	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIMANOWA, 34-600, ul. Bronisława Czecha 4		3
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	OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Bolesława Chrobrego 8/2		
telefon/ telefon	501321608		
identyfikator REGON	120151134		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	ATMA RESCUERS Były dworzec PKS	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Chemików 1		1
telefon/ telefon	572350741		
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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Centrum Medyczne Skymedic	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-875, os. Dywizjonu 303 628		5
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. MIROSLAW 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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Ośrodek Medyczny Osteomed s.c. Mirosław Szlachcic, Ewa Szlachcic	-	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-074, ul. Kazimierza Wielkiego 57/IV		4
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	WĘGRZCE, 32-086, ul. Forteczna 12a		
telefon/ telefon	668660830		
identyfikator REGON	361068159		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Medikama	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WĘGRZCE, 32-086, ul. Forteczna 12a		3
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 "Kąciak" 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		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Miejski Dom Kultury w Andrychowie	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ANDRYCHÓW, 34-120, ul. Szewska 7		4
telefon/ telefon	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			
telefon/ telefon			
identyfikator REGON			

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GLIWICE, 44-100, ul. Radiowa 2		
telefon/ telefon	323029810		
identyfikator REGON	240133028		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)	
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - VITO-MED. SP Z O. O.	-	PSP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKAWINA, 32-050, ul. Żwirki i Wigury 17		6
telefon/ telefon	327436060		
Data dodania do wykazu	10.05.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 446	szczenie personelu	szczenie populacyjne	
nazwa:	Anna Front, Mikołaj Front działający jako wspólnicy s.c.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NIEPOLOMICE, 32-005, ul. Stefana Batorego 5		
telefon/ telefon	122810810		
identyfikator REGON	6831903653		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)	
nazwa:	Apteka "Niebieska"	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NIEPOLOMICE, 32-005, ul. Stefana Batorego 5		2
telefon/ telefon	122810810		
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 447	szczenie personelu	szczenie populacyjne	
nazwa:	Anna Sobańska, Patrycja Rey działające jako wspólniczki s. c.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-106, ul. Bolesława Komorowskiego 12		
telefon/ telefon	124212304		
identyfikator REGON	356510805		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)	
nazwa:	APTEKA "Codzienna"	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-106, ul. Bolesława Komorowskiego 12		2
telefon/ telefon	124212304		
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 448	szczenie personelu	szczenie populacyjne	
nazwa:	FARMACEUCI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABKA-ZDRÓJ, 34-700, ul. Rynek 8A		
telefon/ telefon	182679285		
identyfikator REGON	123176904		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)	
nazwa:	Apteka U Farmaceutów	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABKA-ZDRÓJ, 34-700, ul. Rynek 8A		2
telefon/ telefon	732242801		
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 449	szczenie personelu	szczenie populacyjne	
nazwa:	"ESCULAP" Dyl Spółka Jawna		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MYŚLENICE, 32-400, ul. Żwirki i Wigury 14		
telefon/ telefon	122723077		
identyfikator REGON	351184092		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)	
nazwa:	Apteka Oliwna	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-079, Al. Kijowska 64		2
telefon/ telefon	124441160		
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)	
nazwa:	Apteka Esculap	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MYŚLENICE, 32-400, ul. Żwirki i Wigury 14		4
telefon/ telefon	122723077		
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)	
nazwa:	Apteka Trynitańska	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-061, ul. Trynitańska 4		1
telefon/ telefon	124301404		
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 450	szczenie personelu	szczenie populacyjne	
nazwa:	VITA DZIEL KAZIMIERSKA-MRÓZ SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KARTUZY, 83-300, ul. Mściwoja II 28A		
telefon/ telefon	792118823		
identyfikator REGON	384715320		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)	
nazwa:	Apteka Gemini	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-202, ul. Prądnicka 87/U1		1
telefon/ telefon	124162208		
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 451	szczenie personelu	szczenie populacyjne	
nazwa:	Remedium Fijałkowski Rogulski sp.j.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JASŁO, 38-200, ul. Żwirki i Wigury 10		
telefon/ telefon	146123557		
identyfikator REGON	381852469		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)	
nazwa:	Apteka Gemini	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOCHNIA, 32-700, ul. Plac Gazaris 18		1
telefon/ telefon	146100612		
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 452	szczenie personelu	szczenie populacyjne	
nazwa:	SUPER-PHARM POLAND SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 02-672, ul. Domaniewska 48		
telefon/ telefon	225470400		
identyfikator REGON	016317049		
Miejsce udzielania świadczeń 1	rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)	
nazwa:	Apteka Super-Pharm	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-536, ul. Podgórska 34		2
telefon/ telefon	126192284		
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 453		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Apteka Niskie Ceny Sp. z o.o.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, ul. Długa 19		
telefon/ telefon	146242400		
identyfikator REGON	366875002		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, ul. Długa 19		3
telefon/ telefon	146242400		
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, ul. Czerwonych Kłonów 4		4
telefon/ telefon	146390980		
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 454		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	INSIEME SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-261, ul. Rusznikarska 17		
telefon/ telefon	882929809		
identyfikator REGON	122699586		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Niezapominajka	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-261, ul. Rusznikarska 17		1
telefon/ telefon	882929809		
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu	12.07.2021		
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Niezapominajka dla całej rodziny	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-504, ul. Kalwaryjska 14		1
telefon/ telefon	784034219		
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu	12.07.2021		
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Niezapominajka dla całej rodziny	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-612, ul. Wincentego Witosa 39		1
telefon/ telefon	696872099		
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu	12.07.2021		
Miejsce udzielania świadczeń 4		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Niezapominajka dla całej rodziny	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-618, os. Złotego Wieku 80		1
telefon/ telefon	788 656 022 126 479 000		
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu	12.07.2021		
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 455		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	ALICANTEE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, SPÓŁKA KOMANDYTOWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-668, ul. Włotowa 1		
telefon/ telefon	126610849		
identyfikator REGON	120363853		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Niezapominajka dla całej rodziny	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-836, ul. Jerzmanowskiego 12A		1
telefon/ telefon	666036514		
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu	12.07.2021		
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Niezapominajka dla całej rodziny	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, ul. Rynek 19		1
telefon/ telefon	696872966		
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu	12.07.2021		
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Niezapominajka dla całej rodziny	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-844, os. Kazimierzowskie 37		2
telefon/ telefon	694710120		
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Niezapominajka dla całej rodziny	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIECHÓW, 32-200, ul. Józefa Piłsudskiego 1		1
telefon/ telefon	666036517		
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 5		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Niezapominajka dla całej rodziny	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-548, Al. Pokoju 14		1
telefon/ telefon	666036516		
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu	12.07.2021		
Miejsce udzielania świadczeń 6		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Niezapominajka dla całej rodziny	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-668, ul. Włotowa 1		1
telefon/ telefon	666036513		
Data dodania do wykazu	30.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 7		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Niezapominajka dla całej rodziny	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-926, os. Centrum B 4		1
telefon/ telefon	666036512		
Data dodania do wykazu	30.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 8		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Niezapominajka dla całej rodziny	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-202, ul. Prądnicka 69		2
telefon/ telefon	604675460		
Data dodania do wykazu	05.07.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 9		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Niezapominajka dla całej rodziny		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WADOWICE, 34-100, ul. Zatorska 1	-	APT
telefon/ telefon	513103870		1
Data dodania do wykazu	05.07.2021		
Data wykreślenia z wykazu	12.07.2021		
Miejsce udzielania świadczeń 10		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Niezapominajka		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUCHA BESKIDZKA, 34-200, ul. Szpitalna 22	-	APT
telefon/ telefon	666036515		1
Data dodania do wykazu	05.07.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 456		szczeplenie personelu	szczeplenie populacyjne
nazwa:	GRUPER SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-038, ul. Starowiślna 1		
telefon/ telefon	126610830		
identyfikator REGON	351590946		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Niezapominajka dla całej rodziny		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-033, ul. Plac Inwalidów 8/1	-	APT
telefon/ telefon	797934250		1
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu	12.07.2021		
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Niezapominajka dla całej rodziny		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-418, ul. Zakopiańska 115c	-	APT
telefon/ telefon	517781656		1
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu	12.07.2021		
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Niezapominajka dla całej rodziny		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-831, ul. Bieńczycki Plac Targowy 11/1	-	APT
telefon/ telefon	728777815		1
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Niezapominajka dla całej rodziny		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-038, ul. Starowiślna 1	-	APT
telefon/ telefon	666036518		1
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu	12.07.2021		
Miejsce udzielania świadczeń 5		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Niezapominajka dla całej rodziny		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-611, ul. Wysłouchów 30a	-	APT
telefon/ telefon	728478586		1
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu	12.07.2021		
Miejsce udzielania świadczeń 6		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Niezapominajka		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-002, ul. Prądnicka 4	-	APT
telefon/ telefon	881056389		1
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 7		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Niezapominajka dla całej rodziny		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-149, ul. Balicka 18	-	APT
telefon/ telefon	883354718		1
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 8		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Niezapominajka dla całej rodziny		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KĘTY, 32-650, ul. Rynek 27	-	APT
telefon/ telefon	608245893		1
Data dodania do wykazu	05.07.2021		
Data wykreślenia z wykazu	12.07.2021		
Miejsce udzielania świadczeń 9		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Niezapominajka dla całej rodziny		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIMANOWA, 34-600, ul. Rynek 9	-	APT
telefon/ telefon	660010850		2
Data dodania do wykazu	15.07.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 457		szczeplenie personelu	szczeplenie populacyjne
nazwa:	"LEKCITO" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RYBNIK, 44-200, ul. Jana III Sobieskiego 1		
telefon/ telefon	182621962		
identyfikator REGON	432505990		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Dr. Max		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAKOPANE, 34-500, ul. Kamieniec 5	-	APT
telefon/ telefon	182068056		3
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Dr. Max		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GDÓW, 34-420, GDÓW 53	-	APT
telefon/ telefon	122846694		3
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Dr. Max		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZEŃSKO, 32-800, ul. Sienkiewicza 5/1a	-	APT
telefon/ telefon	146853285		3
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Dr. Max		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Papieska 39	-	APT
telefon/ telefon	184452348		2
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 5		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Dr. Max		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, ul. Kraszewskiego 83	-	APT
telefon/ telefon	184716112		1
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 458		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	HIPOKRATES CHOŃSKI SZYDLÓWSKA SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-616, os. Złotego Wieku 19-20		
telefon/ telefon	126478780		
identyfikator REGON	382274661		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Gemini		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-682, ul. Spółdzielców 3	-	APT
telefon/ telefon	126556301		3
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Gemini		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-616, os. Złotego Wieku 19-20	-	APT
telefon/ telefon	123857027		2
Data dodania do wykazu	30.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 459		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	MALGORZATA PYTLIK		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BĘDZIN, 42-500, ul. bp. Adama Śmigileńskiego 7/7		
telefon/ telefon	126472119		
identyfikator REGON	386358076		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Niezapominajka		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-845, os. Przy Arce 1	-	APT
telefon/ telefon	666036511		2
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu	13.07.2021		
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 460		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	APTEKA FLOS A.MATUSIŃSKA SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DOBRCZYCE, 32-410, ul Rynek 16		
telefon/ telefon	122711005		
identyfikator REGON	357502363		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka FLOS		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DOBRCZYCE, 32-410, ul Rynek 16	-	APT
telefon/ telefon	122711005		2
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 461		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	APTEKA ORAWSKA T. DZIUBEK SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JABLONKA, 34-480, ul. Sobieskiego 6		
telefon/ telefon	885551144		
identyfikator REGON	122997390		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Niezapominajka dla całej rodziny		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JABLONKA, 34-480, ul. Sobieskiego 6	-	APT
telefon/ telefon	797108715		1
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu	12.07.2021		
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Niezapominajka dla całej rodziny		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JABLONKA, 34-480, ul. 3-go Maja 9	-	APT
telefon/ telefon	885551144		1
Data dodania do wykazu	30.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu	12.07.2021		
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 462		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	APTEKA RODZINNA MGR FARM. KAMIL OLSZANECKI I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WADOWICE, 34-100, ul. Podgórska 6		
telefon/ telefon	338738113		
identyfikator REGON	070615796		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Centrum Dla Zdrowia		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SPYTKOWICE, 34-116, ul. Rynek 32	-	APT
telefon/ telefon	334766332		2
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 463		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	IzaFarm Izabela Drwiega		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RUDA ŚLĄSKA, 41-706, ul. Marii Rodziewiczówny 2		
telefon/ telefon	507467999		
identyfikator REGON	386350821		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Niezapominajka dla całej rodziny		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZEŃSKO, 32-800, ul. Adama Mickiewicza 29	-	APT
telefon/ telefon	507467999		1
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Niezapominajka dla całej rodziny		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZIELONKI, 32-087, ul. Krakowskie Przedmieście 87	-	APT
telefon/ telefon	796736389		1
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu	12.07.2021		
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 464		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	GLG GROUP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GNOJNIK, 32-864, Gnojnik 527		
telefon/ telefon	501364198		
identyfikator REGON	362675536		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Rumianek		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GNOJNIK, 32-864, Gnojnik 527	-	APT
telefon/ telefon	146648255		2
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 465		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	CEFARM ŚLĄSKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GDYNIA, 81-304, ul. Śląska 53/B102		
telefon/ telefon:	226114750		
identyfikator REGON	272045210		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka "Dr. Max"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOLBROM, 32-340, ul. Mariacka 6	-	APT
telefon/ telefon	502579035		2
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka "Dr. Max"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-580, Aleja Pokoju 67	-	APT
telefon/ telefon	122965656		1
Data dodania do wykazu	30.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 466		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	"DIAFAR" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, ul. Kościuski 18		
telefon/ telefon:	326231339		
identyfikator REGON	273507109		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka "DIAFAR" Sp. z o.o.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, ul. Kościuski 18	-	APT
telefon/ telefon	326231339		4
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 467		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	APTEKA VITA MARIA KUCHARSKA-PITALA, GABRIELA PITALA-TYNOR, JAKUB PITALA SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-698, ul. Szybisko 158		
telefon/ telefon:	126490767		
identyfikator REGON	356905290		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	DOZ Apteka. Dbam o Zdrowie. Vita		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-383, ul. Lubostron 15	-	APT
telefon/ telefon	122571137		10
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 468		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Angelika Nizińska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-654, ul. Edwarda Heila 14		
telefon/ telefon:	503547182		
identyfikator REGON	121849405		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Orchis		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-693, ul. Adama Bochenka 10/5	-	APT
telefon/ telefon	123450605		3
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 469		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Szosta Apteka Zdrowit Spółka z o.o.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Piekary Śląskie, 41-943, ul. Diamentowa 3		
telefon/ telefon:	338464531		
identyfikator REGON	243431230		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Zdrowit		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Śniadeckiego 23-39	-	APT
telefon/ telefon	338464531		1
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu	12.07.2021		
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 470		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Ewa Panczakiewicz-Pawlega		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-427, ul. Stefana Ziobrowskiego 1/3		
telefon/ telefon:	126539053		
identyfikator REGON	120344962		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka "Na Złocieniu"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-798, ul. Nefrytowa 4	-	APT
telefon/ telefon	126539053		3
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 471		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	AQUA PTASZYŃSKA MICHALAK SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLKUSZ, 32-300, ul. Króla Kazimierza Wielkiego 28		
telefon/ telefon:	326412949		
identyfikator REGON	382882194		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Gemini		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLKUSZ, 32-300, ul. Króla Kazimierza Wielkiego 28	-	APT
telefon/ telefon	326412949		1
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 472		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	BRL CENTER - POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WROCLAW, 54-613, ul. Krzemieniecka 60A		
telefon/ telefon:	515080317		
identyfikator REGON	932836174		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka "Dr. Max"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOLBROM, 32-340, os. Skalska 22	-	APT
telefon/ telefon	326457864		2
Data dodania do wykazu	25.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Dr. Max Apteka Centrum Tanich Leków		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-201, ul. Bratysławska 4	-	APT
telefon/ telefon	126264458		2
Data dodania do wykazu	30.06.2021		

Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka "Dr. Max"	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ANDRYCHÓW, 34-120, ul. 27-go stycznia 9		
telefon/ telefony	338770213		1
Data dodania do wykazu	30.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 473		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	EUROPEJSKA XV SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KATOWICE, 40-058, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 22/23		
telefon/ telefony	512171730		
identyfikator REGON	366766253		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Dr. Max	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Powstańców Śląskich 1/0.11		
telefon/ telefony	338411117		1
Data dodania do wykazu	30.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 474		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	URSZULA DOBOSZEWSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-056, ul. Estery 3		
telefon/ telefony	124292673		
identyfikator REGON	120811139		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Esterka	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-056, ul. Estery 3		
telefon/ telefony	124292673		2
Data dodania do wykazu	30.06.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 475		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	POLNETCOM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TYCHY, 43-100, ul. Fabryczna 45		
telefon/ telefony	502294202		
identyfikator REGON	276918787		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka "Dr. Max"	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-346, ul. Stawowa 61/16		
telefon/ telefony	122650327		3
Data dodania do wykazu	05.07.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 476		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	APTEKA DOBRA DUBIEL SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DOBRA, 34-642, Dobra 426		
telefon/ telefony	183330779		
identyfikator REGON	120525379		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka DOBRA	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DOBRA, 34-642, Dobra 426		
telefon/ telefony	183330779		1
Data dodania do wykazu	05.07.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 477		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	ARC-INVEST SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 04-398, ul. Grochowska 256/10		
telefon/ telefony	226310747		
identyfikator REGON	146278914		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka FARMACIA 24	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOCHNIA 32-700, ul. Różana 19		
telefon/ telefony	146135377		1
Data dodania do wykazu	05.07.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 478		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	IPHARM Z SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Słowackiego 1		
telefon/ telefony	338424473		
identyfikator REGON	121529876		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka 4 Pory Roku	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Słowackiego 1		
telefon/ telefony	338424473		3
Data dodania do wykazu	12.07.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 479		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	TRADEESSENCE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, ul. Rynek 2		
telefon/ telefony	695400336		
identyfikator REGON	121446831		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka 4 Pory Roku	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, ul. Rynek 2		
telefon/ telefony	326450609		3
Data dodania do wykazu	12.07.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 480		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Anna Stobierska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-219, ul. Koło Strzelnicy 2		
telefon/ telefony	508369493		
identyfikator REGON	369523574		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	ZIKO APTEKA	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-219, ul. Koło Strzelnicy 2		
telefon/ telefony	124483220		4
Data dodania do wykazu	12.07.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 481		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	APTEKA MANDRAGORA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MYŚLENICE, 32-400, ul. Władysława Jagiełły 2		
telefon/ telefony	122724090		
identyfikator REGON	356790450		

Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Mandragora	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MYŚLENICE, 32-400, ul. Władysława Jagiełły 2		3
telefon/ telefon	122724090		
Data dodania do wykazu	13.07.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 482		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	VINCENT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-216, ul. Legnicka 5		
telefon/ telefon	122611587		
identyfikator REGON	472261108		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	ZIKO Apteka	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-382, ul. Kobierzyńska 93/10u		3
telefon/ telefon	124481785		
Data dodania do wykazu	13.07.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	ZIKO Apteka	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-425, al. 29 Listopada 65		3
telefon/ telefon	124481636		
Data dodania do wykazu	13.07.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	ZIKO Apteka	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, ul. Polskiego Czerwonego Krzyża 26		2
telefon/ telefon	146968991		
Data dodania do wykazu	19.07.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 483		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	ZIKO APTEKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-216, ul. Legnicka 5		
telefon/ telefon	126875700		
identyfikator REGON	120228256		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	ZIKO Apteka	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-800, ul. Aleksandry 11		3
telefon/ telefon	124481606		
Data dodania do wykazu	13.07.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 484		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	COSMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 02-823, ul. Osmańska 12		
telefon/ telefon	224171550		
identyfikator REGON	015498451		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	APTEKA COSMEDICA	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Wąglerska 170/41		2
telefon/ telefon	185408712		
Data dodania do wykazu	15.07.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 485		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	Jolanta Staszczak		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-438, ul. Borkowska 5b		
telefon/ telefon	122630129		
identyfikator REGON	351490593		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Fantazja	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-438, ul. Borkowska 3/LU.8		2
telefon/ telefon	122630129		
Data dodania do wykazu	15.07.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 486		szczenie personelu	szczenie populacyjne
nazwa:	RADON & BRZOSTOWSKA SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SĘDZISZÓW MAŁOPOLSKI, 39-120, ul. Niepodległości 53		
telefon/ telefon	505960011		
identyfikator REGON	363031870		
Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu *	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Apteka Nova	-	APT
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, ul. Romanowicza 39a		2
telefon/ telefon	505960011		
Data dodania do wykazu	19.07.2021		
Data wykreślenia z wykazu			

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

COVID-19

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1	
nazwa:	MIŁOSZ WOŹNICZKO
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOLBROM, 32-340, ul. Jesionowa 6
telefon/ telefony:	602608121
identyfikator REGON	122511252
Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)	liczba zespołów
obszar działania:	
MAŁOPOLSKA ZACHODNIA Zespół wyjazdowy - Mobilny Punkt Szczepień Centrum Medyczne	3
Data dodania do wykazu:	18.02.2021
Data wykreślenia z wykazu:	12.07.2021
Miejsce udzielania świadczeń 2 (obszar)	liczba zespołów
obszar działania:	
KRAKOWSKI OBSZAR METROPOLITALNY Zespół wyjazdowy - Mobilny Punkt Szczepień Centrum	2
Data dodania do wykazu:	18.02.2021
Data wykreślenia z wykazu:	12.07.2021
Miejsce udzielania świadczeń 3 (obszar)	liczba zespołów

obszar działania:	
SADECKI Zespół wyjazdowy - Mobilny Punkt Szczepień Centrum Medyczne	2
Data dodania do wykazu:	18.02.2021
Data wykreślenia z wykazu:	12.07.2021
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2	
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
Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)	liczba zespołów
obszar działania:	
KRAKOWSKI OBSZAR MERTOPOLITALNY Zespół wyjazdowy - Mobilny Punkt Szczepień Krakowskie	1
Data dodania do wykazu:	18.02.2021
Data wykreślenia z wykazu:	
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3	
nazwa:	PODHALANSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. 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
Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)	liczba zespołów

obszar działania:	
PODHALAŃSKI Zespół wyjazdowy - Mobilny Punkt Szczepień Podhalański	1
Data dodania do wykazu:	18.02.2021
Data wykreślenia z wykazu:	
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4	
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
Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)	liczba zespołów
obszar działania:	
TARNOWSKI Zespół wyjazdowy - Mobilny Punkt Szczepień Podhalański	1
Data dodania do wykazu:	18.02.2021
Data wykreślenia z wykazu:	
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5	
nazwa:	VITALIS NOWAK I ZURAKOWSKI SPÓŁKA CYWILNA
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TRZEBINIA, 32-540, ul. Kopernika 25
telefon/ telefony:	326200293
identyfikator REGON	121378220
Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)	liczba zespołów

obszar działania:	
MAŁOPOLSKA ZACHODNIA Zespół wyjazdowy - Mobilny Punkt Szczepień Vitalis Sp.J. - Małopolska Zachodnia	1
Data dodania do wykazu:	18.02.2021
Data wykreślenia z wykazu:	

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 NPHROCARE 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. Miłyńska 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		
Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19	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		
Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19	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		
Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19	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**

Podmiot wykonujący działalność leczniczą	rodzaj i zakres realizowanych świadczeń
	świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK w zakresie hemodializoterapia	X
Data dodania do wykazu	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 uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach 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 uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach 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					
Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Śląskie Centrum Rehabilitacyjno - Uzdrowiskowe im. dr. Adama Szebesty w Rabce-Zdroju Sp. z o. o. Oddział B - Leczenie uzdrowiskowe szpitalne i sanatoryjne dzieci				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rabka-Zdrój, 34-700, ul. Dietla 5				
telefon/ telefonny	48 18 2676149	X			
Data dodania do wykazu	01.07.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	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 uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach 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 uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach 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 uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach 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 uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach 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 uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach 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 uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	MAŁOPOLSKI SZPITAL ORTOPEDYCZNO-REHABILITACYJNY IM. PROF. BOGUSŁAWA FRANCUKA				
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 uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach 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 uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Szpital Powiatowy w Chrzanowie				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Chrzanów, 32-500, ul. Topolowa 16,		x	x	
telefon/ telefony	48 32 624 74 75				
Data dodania do wykazu	20.04.2021 (stacjonarna) 14.05.2021 (ambulatoryjna)				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	"Uzdrowisko Rabka" Spółka Akcyjna				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rabka-Zdrój, 34-700, ul. Orkana 49,				
telefon/ telefony	+48 18 267 60 20				
identyfikator REGON	491971074				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	"Uzdrowisko Rabka" Spółka Akcyjna				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rabka-Zdrój, 34-700, ul. Jordana 2,				
telefon/ telefony	+48 18 267 60 20		X		
Data dodania do wykazu	20.04.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	UZDROWISKO RABKA SPÓŁKA AKCYJNA Oddział chorób układu oddechowego i krążenia ("Rabczański Zdrój") Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	34-700 Rabka-Zdrój ul. Rostoki 7	X			
telefon/ telefony	18 267 72 46				
Data dodania do wykazu	20.04.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 3		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	UZDROWISKO RABKA SPÓŁKA AKCYJNA Oddział chorób układu oddechowego i krążenia ("Olszówka" Pawilon A), Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	34-700 Rabka-Zdrój ul. Słowackiego 8	X			
telefon/ telefony	18 267 72 46				
Data dodania do wykazu	20.04.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 4		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	UZDROWISKO RABKA SPÓŁKA AKCYJNA 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/ telefony	18 267 72 46				
Data dodania do wykazu	20.04.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 5		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	UZDROWISKO RABKA SPÓŁKA AKCYJNA Oddział Kardiologiczny Uzdrowiskowy Oddział uzdrowiskowy szpitalny				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	34-700 Rabka-Zdrój ul. Jordana 2	X			
telefon/ telefony	18 267 72 46				
Data dodania do wykazu	20.04.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 6		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	UZDROWISKO RABKA SPÓŁKA AKCYJNA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rabka-Zdrój, 34-700, ul. Orkana 49,			x	
telefon/ telefony	18 267 72 46				
Data dodania do wykazu	01.06.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	NZOZ RehStab				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Limanowa, 34-600, ul. Józefa Piłsudskiego 61				
telefon/ telefony	+48 18 471 35 95				
identyfikator REGON	491872136				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach
nazwa:	NZOZ RehStab				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Limanowa, 34-600, ul. Józefa Piłsudskiego 53,				
telefon/ telefony	+48 18 471 35 95		X		
Data dodania do wykazu	20.04.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Ośrodek Rehabilitacji Narządu Ruchu "Krzyszowice" SPZOZ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krzyszowice, 32-065, ul. I. Daszyńskiego 1				
telefon/ telefony	+48 12 28 20 022				
identyfikator REGON	357001394				

Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Ośrodek Rehabilitacji Narządu Ruchu "Krzyszowice" SPZOZ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krzyszowice, 32-065, ul. I. Daszyńskiego 1		x		
telefon/ telefony	+48 12 28 20 022				
Data dodania do wykazu	20.04.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach 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/ telefony	+48 12 619 86 00				
identyfikator REGON	298983				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	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/ telefony	+48 12 619 86 00				
Data dodania do wykazu	20.04.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach 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/ telefony	+48 14 631 01 00				
identyfikator REGON	313408				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. E. SZCZĘKLIKA W TARNOWIE				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tarnów, 33-100 Tarnów, ul. Szpitalna 13		x		
telefon/ telefony	+48 14 631 01 00				
Data dodania do wykazu	20.04.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	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/ telefony	696-635-726.				
identyfikator REGON	120540456				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	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		
telefon/ telefony	696-635-726.			x	
Data dodania do wykazu	20.04.2021 (stacjonarna) 14.05.2021 (ambulatoryjna oraz domowa)				x
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	"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/ telefony	18 471 23 95				
identyfikator REGON	491900275				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	"UZDROWISKO KRYNICA-ŻĘGIESTÓW" SPÓŁKA AKCYJNA - Sanatorium Uzdrowiskowe Stary Dom Zdrojowy Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny	x			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	33-380 KRYNICA-ZDRÓJ, Aleja inż. Nowotarskiego 9/4, 33-380 KRYNICA-ZDRÓJ				
telefon/ telefony	18 471 23 95				
Data dodania do wykazu	20.04.2021				
Data wykreślenia z wykazu	27.04.2021				
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SANATORIUM UZDROWISKOWE "DZWONKÓWKA" SPÓŁDZIELNIA PRACY W SZCZAWNICY				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	34-450 Szczawnica, ul. Poloniny 14a,				
telefon/ telefony	18 262 20 98				
identyfikator REGON	004419003				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SANATORIUM UZDROWISKOWE "DZWONKÓWKA" SPÓŁDZIELNIA PRACY Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny	x			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	34-450 Szczawnica, ul. Poloniny 14a,				
telefon/ telefony	18 262 20 98				
Data dodania do wykazu	20.04.2021				
Data wykreślenia z wykazu					

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Instytut Zdrowia Człowieka Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	00-526 WARSZAWA, ul. Krucza 16/22,				
telefon/ telefonny	18 471 42 05				
identyfikator REGON	491882620				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MUSZYNA" CENTRUM REHABILITACJI I PROFILAKTYKI SANATORIUM UZDROWISKOWE "WYSOWA" Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny	X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	38-316 Wysowa Zdrój, Wysowa zdrój 95				
telefon/ telefonny	18 353 23 36				
Data dodania do wykazu	20.04.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	UZDROWISKO SZCZAWNICA SPÓŁKA AKCYJNA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	34-460 Szczawnica, ul. Zdrojowa 26,				
telefon/ telefonny	18 262 22 11				
identyfikator REGON	000288219				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	UZDROWISKO SZCZAWNICA SPÓŁKA AKCYJNA Sanatorium uzdrowiskowe "Inhalatorium" Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny	X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	34-460 Szczawnica, ul. Park Górny 2				
telefon/ telefonny	18 262 22 11				
Data dodania do wykazu	20.04.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	UZDROWISKO WYSOWA SPÓŁKA AKCYJNA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	38-316 Wysowa, Wysowa 149,				
telefon/ telefonny	18 353 24 00				
identyfikator REGON	000299140				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	UZDROWISKO WYSOWA SPÓŁKA AKCYJNA Oddział Uzdrowiskowy Sanatoryjny A "Bławena"	X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	38-316 Wysowa, Wysowa 107				
telefon/ telefonny	18 353 24 00				
Data dodania do wykazu	20.04.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Adam Wolfram				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	34-460 Szczawnica , ul. Zdrojowa 4,				
telefon/ telefonny	18 262 24 11				
identyfikator REGON	490546430				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	CENTRUM WICZASOWO-LECZNICZE SOLAR SPA SANATORIUM UZDROWISKOWE NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ Adam Wolfram Sanatorium Uzdrowiskowe Budynek "Julia" Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny	X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	34-460 Szczawnica , ul. Zdrojowa 6				
telefon/ telefonny	18 262 24 11				
Data dodania do wykazu	20.04.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	CENTRUM WICZASOWO-LECZNICZE SOLAR SPA SANATORIUM UZDROWISKOWE NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ Adam Wolfram Sanatorium Uzdrowiskowe Budynek "Sylvia" Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny	X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	34-460 Szczawnica , ul. Zdrojowa 3				
telefon/ telefonny	18 262 24 11				
Data dodania do wykazu	20.04.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 3		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	CENTRUM WICZASOWO-LECZNICZE SOLAR SPA SANATORIUM UZDROWISKOWE NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ Adam Wolfram Sanatorium Uzdrowiskowe Budynek "Adria" dla dzieci Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny dla dzieci	X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	34-460 Szczawnica , ul. Zdrojowa 10				
telefon/ telefonny	18 262 24 11				
Data dodania do wykazu	20.04.2021				
Data wykreślenia z wykazu					

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	PRZEDSIĘBIORSTWO ROBÓT BUDOWLANYCH I TRANSPORTOWYCH "CECHINI"				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STANISŁAW I JÓZEF CECHINI - SPÓŁKA JAWNA				
telefon/ telefony:	33-380 Krynica-Zdrój ul. Kazimierza Pułaskiego 29,				
identyfikator REGON	18 471 72 68				
	004421945				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	PRBIT CECHINI STANISŁAW I JÓZEF CECHINI SP.J. NZOZ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SANATORIUM UZDROWISKOWE Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny				
telefon/ telefony	33-370 Żegiestów Zdrój Łopata Polska 24				
Data dodania do wykazu	18 471 72 68				
Data wykreślenia z wykazu	20.04.2021				
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ZAKŁAD USŁUG LECZNICZO-WYPOCZYNKOWYCH "PZL-MIELEC" SPÓŁKA Z				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OGRA NICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
telefon/ telefony:	33-380 Krynica-Zdrój, ul. Kazimierza Pułaskiego 73,				
identyfikator REGON	18 471 34 59				
	490533337				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ZAKŁAD USŁUG LECZNICZO-WYPOCZYNKOWYCH "PZL-MIELEC" SPÓŁKA Z				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OGRA NICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
telefon/ telefony	Oddział Uzdrowiskowy Sanatoryjny ("BESKID")				
Data dodania do wykazu	33-380 Krynica-Zdrój, ul. Piękna 17				
Data wykreślenia z wykazu	18 471 34 59				
	20.04.2021				
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SANATORIUM UZDROWISKOWE "LEŚNIK-DRZEWIARZ" SPÓŁKA Z OGRA NICZONĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
telefon/ telefony:	33-380 Krynica Zdrój, ul.Podgórna 1, 3				
identyfikator REGON	18 471-28-61				
	122586592				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SANATORIUM UZDROWISKOWE "LEŚNIK-DRZEWIARZ" SPÓŁKA Z OGRA NICZONĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
telefon/ telefony	Sanatorium Uzdrowiskowe Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny				
Data dodania do wykazu	33-380 Krynica Zdrój, ul.Podgórna 1, 3				
Data wykreślenia z wykazu	18 471-28-61				
	20.04.2021				
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SANATORIUM CEGIELSKI SPÓŁKA Z OGRA NICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	34-700 Rabka, ul.Na Banię 42,				
telefon/ telefony:	18 267 72 60				
identyfikator REGON	362725725				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SANATORIUM CEGIELSKI SPÓŁKA Z OGRA NICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sanatorium uzdrowiskowe Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny				
telefon/ telefony	34-700 Rabka, ul.Na Banię 42,				
Data dodania do wykazu	18 267 72 60				
Data wykreślenia z wykazu	20.04.2021				
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	MAŁOPOLSKI SZPITAL CHORO B PŁUC I REHABILITACJI IM. EDMUNDA WOJTYŁY W				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JAROSZOWCU				
telefon/ telefony:	32-310 Jarosławiec, ul. Kolejowa 1a,				
identyfikator REGON	32 642 80 31				
	294214				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	MAŁOPOLSKI SZPITAL CHORO B PŁUC I REHABILITACJI IM. EDMUNDA WOJTYŁY W				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JAROSZOWCU				
telefon/ telefony	32-310 Jarosławiec, ul. Kolejowa 1a,				
Data dodania do wykazu	32 642 80 31				
Data wykreślenia z wykazu	26.04.2021 (stacjonarna) 14.05.2021 (ambulatoryjna)				
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Związek Nauczycielstwa Polskiego				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	00-389 Warszawa, Juliana Smulikowskiego 6/8				
telefon/ telefony:	18 262 24 67, 18 262 20 04				

identyfikator REGON	001081029				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SANATORIUM UZDROWISKOWE	X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	34-460 Szczawnica, ul. Poloniny 14				
telefon/ telefony	18 262 24 67, 18 262 20 04				
Data dodania do wykazu	07.05.2021 r.				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	HANDLOWO-USŁUGOWA SPÓŁDZIELNIA OSÓB PRAWNYCH "SAMOPOMOC				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	00-336 Warszawa, ul. Mikołaja Kopernika 30				
telefon/ telefony:	22 826 50 24				
identyfikator REGON	140913628				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	HANDLOWO-USŁUGOWA SPÓŁDZIELNIA OSÓB PRAWNYCH "SAMOPOMOC CHŁOPSKA" W WARSZAWIE O/ODDZIAŁ W PIWNICZNEJ ZDRÓJU SANATORIUM UZDROWISKOWE "LIMBA" Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny	X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	33-350 Piwniczna Zdrój, ul. Krynicka 3				
telefon/ telefony	18 446 42 23				
Data dodania do wykazu	07.05.2021 r.				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	5 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ W KRAKOWIE				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Wrocławska 1-3; 30-901 Kraków				
telefon/ telefony:	12 630 80 75; 12 630 80 02				
identyfikator REGON	351506868				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	5 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ W KRAKOWIE		X	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Wrocławska 1-3; 30-901 Kraków				
telefon/ telefony	12 63 08 209 - rehabilitacja stacjonarna / 12 63 08 285 - fizjoterapia ambulatoryjna				
Data dodania do wykazu	07.05.2021 (stacjonarna) 14.05.2021 (ambulatoryjna)				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26		zakład lecznictwa	podmiot realizujący	podmiot realizujący	podmiot realizujący
nazwa:	EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tychy / 43-100 / Alfonsa Zgrzebińska 22,				
telefon/ telefony:	48323296152				
identyfikator REGON	240247306				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skawina / 32-050 / ul. Niepodległości 12				
telefon/ telefony	+48 32 329 61 52				
Data dodania do wykazu	10.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dąbrowa Tarnowska / 33-200 / ul. Oleśnicka 3				
telefon/ telefony	+48 32 329 61 52				
Data dodania do wykazu	10.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 3		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				X
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				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 4		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków/ 30-363 / ul. Tadeusza Szafrana 5D/25				
telefon/ telefony	+48 32 329 61 52				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 5		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				X
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				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 6		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach 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				x
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 7		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach 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				x
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach 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 uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach 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				x
Data dodania do wykazu	10.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach 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 uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach 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 uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach 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	x
Data dodania do wykazu	10.05.2021 (domowa), 1.06.2021 (ambulatoryjna)				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	FIZJOMED 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 uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	FIZJOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wiśniowa / 32-412 / Wiśniowa 317 A				
telefon/ telefony	12 2714012			x	x
Data dodania do wykazu	10.05.2021 (domowa) 14.05.2021 (ambulatoryjna)				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	FIZJOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skrzydłina / 34-625 / Skrzydłina 287				
telefon/ telefony	18 3331552			x	x
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 3		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	FIZJOMED 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					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
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				

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

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

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W WADOWICACH				
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				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W WADOWICACH				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wadowice / 34-100 / ul. Karmelicka 7b				
telefon/ telefon:	33 87 21 200 wew 423			x	
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKALE				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skala / 32-043 / Słomnicka 69				
telefon/ telefon:	(012)389 10 05				
identyfikator REGON					
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKALE				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skala / 32-043 / ul. Krakowska 38				
telefon/ telefon:	(012)389 10 05			x	
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42		zakład lecznictwa	podmiot realizujący	podmiot realizujący	podmiot realizujący
nazwa:	JARMIX SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Miechów / 32-200 / Piłsudskiego 12				
telefon/ telefon:	(041)383 33 22				
identyfikator REGON	290655058				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	JARMIX SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Miechów / 32-200 / Piłsudskiego 23				
telefon/ telefon:	510 018 884			x	
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43		zakład lecznictwa	podmiot realizujący	podmiot realizujący	podmiot realizujący
nazwa:	SPECIALMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dobczyce / 32-410 / Zarabie 35c				
telefon/ telefon:	+48 12 273 62 62				
identyfikator REGON	120778092				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SPECIALMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kasinka Mała / 34-734 / Kasinka Mała 822				
telefon/ telefon:	122710943			x	
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie spółka z ograniczoną				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-826 / Osiedle Złotej Jesieni 1				
telefon/ telefon:	(012)646 85 02				
identyfikator REGON					
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie spółka z ograniczoną				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-826 / Osiedle Złotej Jesieni 1				
telefon/ telefon:	(012)646 85 02			x	x
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	NZOZ NEUROMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Andrychów / 34-120 / Krakowska 140a				
telefon/ telefon:	48338753230 wew.24				
identyfikator REGON					
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	NZOZ NEUROMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Andrychów / 34-120 / Krakowska 140a				
telefon/ telefon:	48 513 685 231 / +48 338 753 230 wew.24				
Data dodania do wykazu	14.05.2021			x	
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	NZOZ REHA-MED				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Andrychów / 34-120 / Krakowska 91				
telefon/ telefon:	33/875 80 80				

identyfikator REGON	356786996				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	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					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
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				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	NOWOHUCKI OŚRODEK REHABILITACJI NOR-MED				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-952 / os. Uroczę 7			X	
telefon/ telefony	+48 690 966 603				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	NOWOHUCKI OŚRODEK REHABILITACJI NOR-MED				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sułkowice / 32-440 / ul. Szkolna 9			X	
telefon/ telefony	+48 690 966 603				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	NZOZ WOJSREHA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wojakowa / 32-362 / Wojakowa 243				
telefon/ telefony	+48 693 605 844				
identyfikator REGON	852744672				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	NZOZ WOJSREHA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łwkowa / 32-861 / ul. Łwkowa 458			X	
telefon/ telefony	48 781 195 444				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	VITALIS NOWAK I ŻURAKOWSKI SPÓŁKA Jawna				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Trzebinia / 32-540 / Kopernika 25				
telefon/ telefony	+48 32 620 02 93				
identyfikator REGON					
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	VITALIS NOWAK I ŻURAKOWSKI SPÓŁKA Jawna				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Trzebinia / 32-540 / Kopernika 25			X	
telefon/ telefony	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 uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Kacper Chojnowski PROFIZIO				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wadowice / 34-100 / Lwowska 76				
telefon/ telefony	515 383 828				
identyfikator REGON	181047449				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Kacper Chojnowski PROFIZIO				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wadowice / 34-100 / Lwowska 76			X	
telefon/ telefony	515 383 828				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	REHABILITICA-FIZJOTERAPIA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-261 / Rusznikarska 14A/XI				
telefon/ telefony	606 24 35 85				
identyfikator REGON	120850702				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	REHABILITICA-FIZJOTERAPIA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-261 / Rusznikarska 14A/XI				

telefon/ telefony	606 24 35 85			x	
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Jarosław Kaczor - Rehabilitacja				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olksusz / 32-300 / Króla Kazimierza Wielkiego 64				
telefon/ telefony:	+48 600 251 797				
identyfikator REGON	122432742				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Jarosław Kaczor - Rehabilitacja				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olksusz / 32-300 / Króla Kazimierza Wielkiego 64				
telefon/ telefony	+48 500 433 006				
Data dodania do wykazu	14.05.2021			x	x
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁASKOWEJ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łaskowa / 34-602 / Łaskowa 428				
telefon/ telefony:	+48 18 333 30 09				
identyfikator REGON	491991036				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁASKOWEJ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łaskowa / 34-602 / Łaskowa 428				
telefon/ telefony	+48 798719389 lub 183378800			x	
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ZDROWIE RODZINY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Podegrodzie / 33-386 / Podegrodzie 255				
telefon/ telefony:	+48 18 445 85 78				
identyfikator REGON	491972582				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ZDROWIE RODZINY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Podegrodzie / 33-386 / Podegrodzie 255				
telefon/ telefony	+48 18 445 85 78			x	
Data dodania do wykazu					
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "VERTEBRA" w Bieczu				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Biecz / 38-340 / Tysiąclecia 5				
telefon/ telefony:	13 447 00 25 / + 48 535 990 918				
identyfikator REGON	121015350				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "VERTEBRA" w Bieczu				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Biecz / 38-340 / Tysiąclecia 5				
telefon/ telefony	13 447 00 25 / + 48 535 990 918			x	
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SZPITAL POWIATOWY IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W ZAKOPANEM				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zakopane / 34-500 / Kamieniec 10				
telefon/ telefony:	18 20 120-21 wew. 248				
identyfikator REGON	000311510				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SZPITAL POWIATOWY IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W ZAKOPANEM				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zakopane / 34-500 / Kamieniec 10				
telefon/ telefony	18 20 120-21 wew. 248			x	
Data dodania do wykazu					
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	CENTRUM ZDROWIA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Mszana Dolna / 34-730 / Stawowa 10				
telefon/ telefony:	+48 880 269 307				
identyfikator REGON	369211610				

Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	CENTRUM ZDROWIA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Mszana Dolna / 34-730 / Stawowa 10				
telefon/ telefony	+48 880 269 307				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu				X	
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58		zakład lecznictwa	podmiot realizujący	podmiot realizujący	podmiot realizujący
nazwa:	AKTYWNA - FIZJOTERAPIA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 30-252 / ul. Przegorzalska 23,				
telefon/ telefony	538 485 156				
identyfikator REGON	366872216				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	AKTYWNA - FIZJOTERAPIA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 30-252 / ul. Przegorzalska 23,				
telefon/ telefony	538 485 156				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					X
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	"PRAXIS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowy Sącz/ 33-300/ ul. Św. Heleny 30B				
telefon/ telefony	18 443 09 10				
identyfikator REGON	491980601				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	"PRAXIS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowy Sącz/ 33-300/ ul. Św. Heleny 30B				
telefon/ telefony	18 443 09 10				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu				X	X
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Centrum Medyczne "REHA-MED"				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dąbrowa Tarnowska/ 33-200 / ul. Szkolna 6				
telefon/ telefony	014 642 25 50				
identyfikator REGON					
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Centrum Medyczne "REHA-MED"				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dąbrowa Tarnowska/ 33-200 / ul. Szkolna 6				
telefon/ telefony	014 642 25 50				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu				X	X
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61		zakład lecznictwa	podmiot realizujący	podmiot realizujący	podmiot realizujący
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zespół Lecznictwa Otwartego w Wieliczce				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wieliczka/ 32-020 / ul. Bolesława Szpunara 20				
telefon/ telefony	12 279 63 00				
identyfikator REGON	350674687				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zespół Lecznictwa Otwartego w Wieliczce				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wieliczka/ 32-020 / ul. Bolesława Szpunara 20				
telefon/ telefony	122796355 / 121796356				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu				X	
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ZAKŁAD LECZNICTWA AMBULATORYJNEGO W CHRZANOWIE SPÓŁKA Z				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Chrzanów / 32-500/ ul. Sokoła 19				
telefon/ telefony	32 624 03 10				
identyfikator REGON	276218481				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ZAKŁAD LECZNICTWA AMBULATORYJNEGO W CHRZANOWIE SPÓŁKA Z				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Chrzanów / 32-500/ ul. Kościuszki 14				
telefon/ telefony	32/623 31 83, 605 999 022				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				

Data wykreślenia z wykazu				X	
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63		zakład lecznictwa	podmiot realizujący	podmiot realizujący	podmiot realizujący
nazwa:	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OŚWIECIMIU				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Oświęcim/ 32-600 / ul. Wysokie Brzegi 4				
telefon/ telefonny	33 844 82 67				
identyfikator REGON	000304409				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OŚWIECIMIU				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Oświęcim/ 32-600 / ul. Wysokie Brzegi 4				
telefon/ telefonny	33 844 84 76				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu				X	
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64		zakład lecznictwa	podmiot realizujący	podmiot realizujący	podmiot realizujący
nazwa:	MED-SKARPA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-909/ os. Na Skarpie 6				
telefon/ telefonny	126441900				
identyfikator REGON	357042588				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	MED-SKARPA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-909/ os. Na Skarpie 6				
telefon/ telefonny	517 027 504 / 12 644 19 00				
Data dodania do wykazu	31.05.1901				
Data wykreślenia z wykazu				X	
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65		zakład lecznictwa	podmiot realizujący	podmiot realizujący	podmiot realizujący
nazwa:	TLK MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-553/ ul. Cystersów 16				
telefon/ telefonny	12 294 20 30				
identyfikator REGON	120276858				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	TLK MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-553/ ul. Cystersów 16				
telefon/ telefonny	(12)2942030, 783002025				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu				X	
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	AD VITAM PRZYCHODNIA ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radziszów/ 32-052 / ul. Szkolna 15				
telefon/ telefonny	12 275 12 17				
identyfikator REGON	357082205				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	AD VITAM PRZYCHODNIA ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radziszów/ 32-052 / ul. Szkolna 15				
telefon/ telefonny	12 275 12 17 wew.:29				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu				X	
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67		zakład lecznictwa	podmiot realizujący	podmiot realizujący	podmiot realizujący
nazwa:	CERTUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Myslenice/ 32-400/ ul. Drogowców 5				
telefon/ telefonny	12 274 29 66				
identyfikator REGON	356858796				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	CERTUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Myslenice/ 32-400/ ul. Drogowców 5				
telefon/ telefonny	12 272 56 70 / 12 272 56 71 wew. 3				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu				X	
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68		zakład lecznictwa	podmiot realizujący	podmiot realizujący	podmiot realizujący
nazwa:	Centrum Promocji i Ochrony Zdrowia				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zagórze/ 32-555/ Marszałka Józefa Piłsudskiego 226				
telefon/ telefonny	32 613 49 63				
identyfikator REGON	351369012				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Centrum Promocji i Ochrony Zdrowia				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Babice/ 32-551/ ul. Gołąba 1				
telefon/ telefonny	32/6134101 wew. 23				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				

Data wykreślenia z wykazu				x	
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w	podmiot realizujący fizjoterapie w	podmiot realizujący fizjoterapie w
nazwa:	ZAGÓRZANKA PENSJONAT REHABILITACYJNO-REKREACYJNY S I S DZIADKOWIEC				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Mszana Dolna/ 34-730/ ul. Zarabie 27b				
telefon/ telefony:	018 331 16 96				
identyfikator REGON	120087608				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ZAGÓRZANKA PENSJONAT REHABILITACYJNO-REKREACYJNY S I S DZIADKOWIEC				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Mszana Dolna/ 34-730/ ul. Zarabie 27b				
telefon/ telefony	18 33 11 696				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu				x	
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70		zakład lecznictwa	podmiot realizujący	podmiot realizujący	podmiot realizujący
nazwa:	BONUS-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kamionka Wielka/ 33-334/ Kamionka Wielka 465				
telefon/ telefony:	18 445 60 60				
identyfikator REGON	122637533				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	BONUS-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kamionka Wielka/ 33-334/ Kamionka Wielka 465				
telefon/ telefony	18 445 60 60				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu				x	
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71		zakład lecznictwa	podmiot realizujący	podmiot realizujący	podmiot realizujący
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łącko/ 33-390 / Łącko 140				
telefon/ telefony:	18 444 63 04				
identyfikator REGON	491937500				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łącko/ 33-390 / Łącko 140				
telefon/ telefony	18 444 63 04 / 782 095 660				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu				x	
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w	podmiot realizujący fizjoterapie w	podmiot realizujący fizjoterapie w
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/ telefony:	18 265 73 70				
identyfikator REGON	491984697				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	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/ telefony	18 265 73 70				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu				x	
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73		zakład lecznictwa	podmiot realizujący	podmiot realizujący	podmiot realizujący
nazwa:	CHIRAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rabka-Zdrój/ 34-700/ Orkana 20b				
telefon/ telefony:	18 332 52 20; 505 614 480				
identyfikator REGON	492027058				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	CHIRAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tymbark/ 34-650/ Tymbark 315				
telefon/ telefony	18 267 67 54				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu				x	
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74		zakład lecznictwa	podmiot realizujący	podmiot realizujący	podmiot realizujący
nazwa:	STOWARZYSZENIE TRZEŹWOŚCI "DOM"				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Jordanów/ 34-240/ ul. Banacha 1				
telefon/ telefony:	18 267 48 02				
identyfikator REGON	040021399				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	STOWARZYSZENIE TRZEŹWOŚCI "DOM"				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Jordanów/ 34-240/ ul. Banacha 1				
telefon/ telefony	606 282 635				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				

Data wykreślenia z wykazu				x	
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w	podmiot realizujący fizjoterapie w	podmiot realizujący fizjoterapie w
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI "SZPITAL				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bochnia/ 32-700/ Krakowska 31				
telefon/ telefony:	14 615 34 00				
identyfikator REGON	000304349				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI "SZPITAL				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bochnia/ 32-700/ ul. Wojska Polskiego 3				
telefon/ telefony:	14 615 34 00				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu				x	
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76		zakład lecznictwa	podmiot realizujący	podmiot realizujący	podmiot realizujący
nazwa:	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dąbrowa Tarnowska/ 33-200 / ul. Szpitalna 1				
telefon/ telefony:	14 642 28 31				
identyfikator REGON					
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dąbrowa Tarnowska/ 33-200 / ul. Szpitalna 1				
telefon/ telefony:	14 64 43 216				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu				x	
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w	podmiot realizujący fizjoterapie w	podmiot realizujący fizjoterapie w
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/ telefony:	14 611 56 30				
identyfikator REGON	850446373				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Siedlec / 32-742 / Siedlec 47				
telefon/ telefony:	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 uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łąpczyca / 32-744 Łąpczyca 496				
telefon/ telefony:	501 019 428, 14 610 02 50				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu				x	
Miejsce udzielania świadczeń 3		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY 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				
Data wykreślenia z wykazu				x	
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 uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach 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				
Data wykreślenia z wykazu				x	
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w	podmiot realizujący fizjoterapie w	podmiot realizujący fizjoterapie w
nazwa:	CENTRUM MEDYCYNY RODZINNEJ GNÓJNIK I SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ				
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 uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	CENTRUM MEDYCYNY RODZINNEJ GNÓJNIK I SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ				
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				
Data wykreślenia z wykazu				x	
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 uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	"GERONIMO" M. Mielak, S. Zwolenik Spółka Jawna				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tarnów/ 33-10 / ul. Długa 19				
telefon/ telefon	14 628 82 68			X	
Data dodania do wykazu					
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/ telefon	14 684 60 09				
identyfikator REGON	850509056				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej REMED Jarosław Zachara				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Borzęcin / 32-825 / Borzęcin 87b				
telefon/ telefon	14 684 60 09			X	X
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
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/ telefon	14 634 00 30				
identyfikator REGON					
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Emka Med Medycyna i Rehabilitacja mgr Kinga Markowicz				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Koszyce Małe / 33-111 / ul. Główna 29				
telefon/ telefon	14 634 00 30			X	
Data dodania do wykazu					
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/ telefon	724 218 212				
identyfikator REGON	180018196				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Fizjohelp Kołna				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 30-134 / ul. Zarzecze 124a				
telefon/ telefon	724 218 212				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				X
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	"ARTMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krynica Zdrój/ 33-300/ Kazimierza Pułaskiego 8				
telefon/ telefon	604 493 779				
identyfikator REGON	120287810				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	"ARTMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowy Sącz / 33-300 / ul. Barska 63/1				
telefon/ telefon	18 549 14 25 nr wew. 2			X	X
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Barcice / 33-342 / Barcice 422				
telefon/ telefon	18 446 60 67				
identyfikator REGON	380073444				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Barcice / 33-342 / Barcice 422				
telefon/ telefon	721 660 230			X	X
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowy Sącz / 33-300 / ul. Jana Długosza 9				
telefon/ telefon	721 670 230			X	
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 86		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	NZO "PALMED" CENTRUM OPIEKUNCZO-LECZNICZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Jastrzębia / 33-191 / Jastrzębia 174				
telefon/ telefon	+48 796 760 710				
identyfikator REGON	121162849				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	NZO "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			^	^
Data dodania do wykazu	17.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
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			X	X
telefon/ telefony	tel. 14 6512023				
Data dodania do wykazu	17.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 3		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	NZOZ "PALMED" CENTRUM OPIEKUNCZO-LECZNICZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ciełkowice / 33-190 / ul. Zdrowa 1			X	
telefon/ telefony	tel. 14 6511111				
Data dodania do wykazu	17.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
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					
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	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			X	
telefon/ telefony	14/688 60 22				
Data dodania do wykazu	17.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
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				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ZESPÓŁ PRZYCHODNI SPECJALISTYCZNYCH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tarnów / 33-100 / Marii Skłodowskiej-Curie 1			X	
telefon/ telefony	146310264				
Data dodania do wykazu	17.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ZESPÓŁ PRZYCHODNI SPECJALISTYCZNYCH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tarnów / 33-100 / ul. Mostowa 6			X	
telefon/ telefony	146324261				
Data dodania do wykazu	17.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	CENTRUM ZDROWIA TUCHÓW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tuchów / 33-170 / Szpitalna 1				
telefon/ telefony:	+48 14 653 51 00				
identyfikator REGON	120446616				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	CENTRUM ZDROWIA TUCHÓW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Szerzyny / 38-246 / ul. Szerzyny 544			X	
telefon/ telefony	14 6517394				
Data dodania do wykazu	17.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach 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/ telefony	14 6525503				
Data dodania do wykazu	17.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych

nazwa:	CARITAS DIECEZJI TARNOWSKIEJ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tarnów / 33-100 / Legionów 30				
telefon/ telefonny:	+48 14 641 75 01				
identyfikator REGON	850012901				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	CARITAS DIECEZJI TARNOWSKIEJ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Jadowniki Mokra / 33-271 / Jadowniki Mokra 340				
telefon/ telefonny:	14 6417501 wew.30			x	
Data dodania do wykazu	17.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	NZOZ SPECJALISTYCZNE CENTRUM REHABILITACYJNO-LECZNICZE				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wojnicz / 32-830 / Kapielowa 61				
telefon/ telefonny:	14 679 00 44				
identyfikator REGON	120392398				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	NZOZ SPECJALISTYCZNE CENTRUM REHABILITACYJNO-LECZNICZE				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wojnicz / 32-830 / Kapielowa 61				
telefon/ telefonny:	14 679 00 44			x	
Data dodania do wykazu	17.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	MY ZROBIMY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tarnów / 33-100 / Juliusza Słowackiego 6				
telefon/ telefonny:	691 670 425				
identyfikator REGON	380865582				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	MY ZROBIMY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tarnów / 33-100 / al. Matki Bożej Fatimskiej 59				
telefon/ telefonny:	691 670 425			x	
Data dodania do wykazu	17.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SP ZOZ Sanatorium Uzdrowiskowe MSWiA w Krynicy- Zdroju im. bł. Karoliny				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krynica Zdrój / 33-380 / Romana Nitribitta 4				
telefon/ telefonny:	18 471 28 51				
identyfikator REGON	490688502				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SP ZOZ Sanatorium Uzdrowiskowe MSWiA w Krynicy- Zdroju im. bł. Karoliny				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krynica Zdrój / 33-380 / ul. park Romana Nitribitta 4	x	x		
telefon/ telefonny:	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 uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Rehabilitacja "Fizjo-Med 2"				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków/ 31-214 / ul. Bałtycka 3				
telefon/ telefonny:	12 415 04 34				
identyfikator REGON	356109882				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Rehabilitacja "Fizjo-Med 2"				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków/ 31-214 / ul. Bałtycka 3				
telefon/ telefonny:	12 415 04 34			x	
Data dodania do wykazu	01.06.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	BMG CLINIC				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wolbrom / 32-340 / ul. Marszałka Piłsudskiego 29				
telefon/ telefonny:	502 955 072				
identyfikator REGON	356783785				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	BMG CLINIC				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wolbrom / 32-340 / ul. Marszałka Piłsudskiego 29				
telefon/ telefonny:	502 955 072			x	
Data dodania do wykazu	01.06.2021				
Data wykreślenia z wykazu					

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Proszowice / 32-100/ ul. Parkowa 10				
telefon/ telefonny:	608 583 552				
identyfikator REGON	120949895				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Proszowice / 32-100/ ul. Parkowa 10				
telefon/ telefonny:	608 583 552			x	
Data dodania do wykazu	01.06.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W MUSZYNIE				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Muszyna/ 33-370 / ul. Zefirka 6				
telefon/ telefonny:	018 471 40 37				
identyfikator REGON	491974204				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W MUSZYNIE				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Muszyna/ 33-370 / ul. Zefirka 6				
telefon/ telefonny:	018 471 40 37			x	
Data dodania do wykazu	01.06.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH "SALUS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Męcina / 34-654 / Męcina 880				
telefon/ telefonny:	530 225 855				
identyfikator REGON	382453524				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH "SALUS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Męcina / 34-654 / Męcina 880				
telefon/ telefonny:	530 225 855			x	
Data dodania do wykazu	01.06.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LIPNICY WIELKIEJ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lipnica Wielka / 34-483 / Lipnica Wielka 517				
telefon/ telefonny:	18 263 45 04				
identyfikator REGON	490664565				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LIPNICY WIELKIEJ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lipnica Wielka / 34-483 / Lipnica Wielka 517				
telefon/ telefonny:	18 263 45 04			x	
Data dodania do wykazu	01.06.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRZESKU				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Brzesko / 32-800 / ul. Tadeusza Kościuszki 68				
telefon/ telefonny:	48 14 662 14 25				
identyfikator REGON	304355				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRZESKU				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Brzesko / 32-800 / ul. Tadeusza Kościuszki 68				
telefon/ telefonny:	48 14 662 14 25		x	x	
Data dodania do wykazu	01.06.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	GMINNE CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH W LISIEJ GÓRZE				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lisja Góra / 33-140 / ul. Sucharskiego 3a				
telefon/ telefonny:	14 678 49 99				
identyfikator REGON	851777899				

Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	GMINNE CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH W LISIEJ GÓRZE				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lisja Góra / 33-140 / ul. Sucharskiego 3a				
telefon/ telefony	14 678 49 99			X	
Data dodania do wykazu	01.06.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach 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				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	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			X	
Data dodania do wykazu	01.06.2021				X
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Chelmku				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Chelmek / 32-660 / ul. Tadeusza Staicha 1				
telefon/ telefony	33 846 11 69				
identyfikator REGON	357007652				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Chelmku				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Chelmek / 32-660 / ul. Tadeusza Staicha 1				
telefon/ telefony	33 846 11 69			X	
Data dodania do wykazu	01.06.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 104		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach 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				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 30-150 / ul. Armii Krajowej 5				
telefon/ telefony	12 629 88 00			X	
Data dodania do wykazu	01.06.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach 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				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Centrum Medyczne "Kelles"				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowy Sącz / 33-300 / ul. Jana Kochanowskiego 2				
telefon/ telefony	609 550 506			X	
Data dodania do wykazu	01.06.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 106		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach 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				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	GMINNE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radgoszcz / 33-207 / ul. Wincentego Witosa 12				
telefon/ telefony	14 641 41 10			X	
Data dodania do wykazu	01.06.2021				
Data wykreślenia z wykazu					