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 na 9 marca 2021 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-501, ul. Mikołaja Kopernika 36								
telefon/ telefony:	+48 12 424 70 00, +48 12 424 70 01								
identyfikator REGON	000288685								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Choroby wewnętrzne		**X**						
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Choroby zakaźne		**X**						
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 4		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Chirurgia ogólna		**X**						
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 5		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu		X						
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 6		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Ginekologia i położnictwo		X						
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 7		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Neonatologia		X						
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 8		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Anestezjologia i intensywna terapia		X						
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 9		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Kardiologia		X						
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 10		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Neurologia		X						
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 11		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Neurochirurgia		X						
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								

Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 12		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Trombektomia mechaniczna w udarze niedokrwiennym mózgu		X						
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 13		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Inwazyjne leczenie ostrego zespołu wieńcowego		X						
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 14		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Chirurgia naczyniowa		X						
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 15		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	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									
Miejsce udzielania świadczeń 16		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Dializoterapia		X						
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 17		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Zakład Diagnostyki**								
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	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**"Szpital tymczasowy"**		x						**szpital tymczasowy**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kopernika 50, 30-001, Kraków 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**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-913, os. Na Skarpie 66								**Poziom II na 9 marca 2021 r.**
telefon/ telefony:	+ 48 12 644 01 44, +48 12 622 94 65								
identyfikator REGON	000630161								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	

nazwa:	**SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. STEFANA ŻEROMSKIEGO SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE**		x						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-913, os. Na Skarpie 66								
telefon/ telefony	tel. + 48 12 622 94 03								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**						x		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-913, os. Na Skarpie 66								
telefon/ telefony	+ 48 12622 92 60, +48 12 622 94 15, +48 12 622 92 26								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3		**katalog realizowanych świadczeń**							
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach**								**Poziom II 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**	**izolatorium**	**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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**						x		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Oddział Chorób Zakaźnych**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Myślenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2							S	
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 na 9 marca 2021 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tarnów, 33-100, ul. Szpitalna 13								
telefon/ telefony:	+48 14 63 10 100,								
identyfikator REGON	000313408								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Izba Przyjęć**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tarnów, 33-100, ul. Szpitalna 13						x		
telefon/ telefony	+ 48 14 63 10 498, + 48 14 63 10 419, +48 14 63 10 508								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. E. SZCZEKLIKA W TARNOWIE**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tarnów, 33-100, ul. Szpitalna 13		x						
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 na 9 marca 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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Pracownia Mikrobiologiczna**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul Prądnicka 80, 31-202 Kraków					**x**			
telefon/ telefony	tel. + 48 514 602 932								
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Izba Przyjęć**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków						**x**		
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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Izolatorium prowadzone przez Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	**WM Hotel System Sp. z o.o**, al. 29 Listopada 189, 31-241 Kraków			**x**					
telefon/ telefony	tel. +48 519 837 734								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 4		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków		**x**						

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 5		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Oddział Kliniczny Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków		x						**Poziom III na 9 marca 2021 r.**
telefon/ telefony:	tel. +48 504 299 360 (lekarz dyżurny)								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6		**katalog realizowanych świadczeń**							
nazwa:	**SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO W NOWYM SĄCZU**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowy Sącz, 33 - 300, ul. Młyńska 10								**Poziom II na 9 marca 2021 r.**
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**	**izolatorium**	**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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**						x		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowy Sącz, 33 - 300, ul. Młyńska 5								
telefon/ telefony	+ 48 18 443-88-77 wew. 512, + 48 18 44-25-852								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 3		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	**Oddział Chorób Zakaźnych- punkt pobrań**							S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowy Sącz, 33 - 300, ul. Młyńska 5								
telefon/ telefony	+ 48 18 44-32-123								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7		**katalog realizowanych świadczeń**							
nazwa:	**ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ**								**Poziom II na 9 marca 2021 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1								
telefon/ telefony:	+48 014 642 28 31, + 48 014 642 27 50								
identyfikator REGON	000304361								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1		x						
telefon/ telefony	+ 48 14 644 32 61, + 48 14 644 32 88								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Izba Przyjęć**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1						x		
telefon/ telefony	+ 48 14 644 33 00, + 48 14 644 32 22, + 48 14 644 33 04								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Oddział Obserwacyjno- Zakaźny**								

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1							S	
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**	**izolatorium**	**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**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1					x			
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.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olkusz, 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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Punkt pobrań**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olkusz, 32-300, ul. 1000-lecia 13							S	
telefon/ telefony	tel. + 48 41 240 12 45 (pon.-śr.i pt. 10:00-14:30 , czw.11:00-15:30), + 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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Nowy Szpital w Olkuszu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olkusz, 32-300, ul. 1000-lecia 13		X						
telefon/ telefony	+ 48 41 240 1200								

Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9		**katalog realizowanych świadczeń**							
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W PROSZOWICACH**								**Poziom II na 9 marca 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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Izba Przyjęć**						**x**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	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**	**izolatorium**	**doraźne 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**	**izolatorium**	**doraźne 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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Miechów, 32-200, ul. Szpitalna 3						**x**		
telefon/ telefony	+ 48 41 38 20 259								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Oddział Obserwacyjno- Zakaźny**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 3, 32-200 Miechów							**S**	
telefon/ telefony	+48 41-38 20 299, + 48 532 455 187								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Szpital Św. Anny w Miechowie**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Miechów, 32-200, ul. Szpitalna 3		**x**						
telefon/ telefony:	+48 41 38 20 100								
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 - Sądeckie Pogotowie Ratunkowe**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Śniadeckich 15, 33-300 Nowy Sącz								
telefon/ telefony:	+48 18 442 09 49								
identyfikator REGON	492007357								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Sądeckie Pogotowie Ratunkowe (2 zespoły transportu sanitarnego)**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Śniadeckich 15, 33-300 Nowy Sącz	**2**							
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 na 9 marca 2021 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ								
telefon/ telefony:	+48 18 263 30 01								
identyfikator REGON	000308324								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**PODHALAŃSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II W NOWYM TARGU (1 zespół transportu sanitarnego)**	**1**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ								
telefon/ telefony									
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**						**x**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ								
telefon/ telefony	+48 18 263 32 00, + 48 18 263 32 03								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Punkt Pobrań w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym**							**S**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ								
telefon/ telefony	+48 18 263 31 26								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 4		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**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**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ		**X**						
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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii (porody)**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ		**X**						**III poziom od 25 marca 2021 r.**
telefon/ telefony:	+48 18 263 30 01								
Data dodania do wykazu	25.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13		**katalog realizowanych świadczeń**							
nazwa:	**Małopolska Kolumna Transportu Sanitarnego w Tarnowie**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Chyszowska 10, 33-100 Tarnów								
telefon/ telefony:	+48 14 621 04 98								
identyfikator REGON	351555335								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Małopolska Kolumna Transportu Sanitarnego w Tarnowie (1 zespół transportu sanitarnego)**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kopernika 19, 31-501 Kraków	**1**							
telefon/ telefony									
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Małopolska Kolumna Transportu Sanitarnego w Tarnowie (2 zespoły transportu sanitarnego)**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Chyszowska 10, 33-100 Tarnów	**2**							
telefon/ telefony									
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	

nazwa:	**Małopolska Kolumna Transportu Sanitarnego w Tarnowie (4 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 na 9 marca 2021 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa								
telefon/ telefony:	+48 18 330 17 00								
identyfikator REGON	000304378								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Szpital Powiatowy w Limanowej Imienia Miłosierdzia Bożego (1 zespół transportu sanitarnego)**	**1**							
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									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**								
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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**							S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa								
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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Szpital Powiatowy w Limanowej Imienia Miłosierdzia Bożego**								
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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA (1 zespół transportu sanitarnego)**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Armii Krajowej 5, 30-150 Kraków	**1**							
telefon/ telefony									
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Szpital Św. Rafała ul. Bochenka 12, 30-693 Kraków							S	
telefon/ telefony	+48 12 629 88 00								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Izba Przyjęć - Szpital Św. Rafała ul. Bochenka 12, 30-693 Kraków						**X**		
telefon/ telefony	+48 12 629 88 00								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 4		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	**Punkt Pobrań**							S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Armii Krajowej 5, 30-150 Kraków								
telefon/ telefony	+48 12 629 88 00								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16		**katalog realizowanych świadczeń**							
nazwa:	**OPC Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp. k.**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków 31 - 542, ul. Kordylewskiego 4								
telefon/ telefony:	+48 12 430 22 08, +48 12 378 49 04								
identyfikator REGON	121205547								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**OPC Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp. k. (2 zespoły transportu sanitarnego)**	**2**							
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									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17		**katalog realizowanych świadczeń**							
nazwa:	**5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Krakowie SPZOZ**								**Poziom II na 9 marca 2021 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3								
telefon/ telefony:	+48 12 63 08 301								
identyfikator REGON	351506868								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Poradnia stomatologiczna - świadczenia stomatologiczne doraźne**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3				**x**				
telefon/ telefony	+48 12 63 08 301								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Zakład analityki lekarskiej (laboratorium)**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3					**X**			

telefon/ telefony	+48 12 63 08 272								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3						**X**		
telefon/ telefony	+48 12 63 08 068								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 4		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Krakowie SPZOZ**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3		**X**						
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.**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-826 , os. Złotej Jesieni 1								**Poziom II na 9 marca 2021 r.**
telefon/ telefony:	tel. +48 12 646 8 502								
identyfikator REGON	121188694								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-826 , os. Złotej Jesieni 1		**X**						
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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Pracownia Analityki**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-826 , os. Złotej Jesieni 1					**X**			
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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Małopolskie Centrum Leczenia i Rehabilitacji Poparzeń oraz Chirurgii Plastycznej** **Oddział Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej (kod res. cz. VII 079)**		**X**						**Poziom III** **na 9 marca 2021 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-826 , os. Złotej Jesieni 1								
telefon/ telefony	tel. +48 12 64 68 291								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 5		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.**		**X**						**SZPITAL TYMCZASOWY**
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									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19		**katalog realizowanych świadczeń**							
nazwa:	**Uniwersytecki Szpital Dziecięcy 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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-663 , ul. Wielicka 265		**X**						
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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-663 , ul. Wielicka 265						**X**		
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**	**izolatorium**	**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 na 9 marca 2021 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-663 , ul. Wielicka 265								
telefon/ telefony	tel. +48 12 658 20 11 wew. 1522 (Dyżurka lekarska) +48 12 658 20 11 wew. 1365 (Dyżurka pielęgniarska)								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 4		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Oddział Onkologii i Hematologii Dziecięcej**		**X**						**Poziom III od 3 kwietnia 2021 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-663 , ul. Wielicka 265								
telefon/ telefony	tel. +48 12 658 20 11 wew. 1522 (Dyżurka lekarska) +48 12 658 20 11 wew. 1365 (Dyżurka pielęgniarska)								
Data dodania do wykazu	3.04.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Izba Przyjęć**						**x**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków								
telefon/ telefony	tel. +48 12 637 42 05								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	**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		x						
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 na 9 marca 2021 r.**
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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Izba Przyjęć**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Skarbowa 4, 31-121 Kraków						**x**		
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**	**izolatorium**	**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.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów								

telefon/ telefony:	tel. +48 14 631 50 00								Poziom I od 15 maja 2021 r.
identyfikator REGON	850052740								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów						x		
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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Dział Diagnostyki Laboratoryjnej**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów					X			
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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów							S	
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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Szpital Wojewódzki im.Św.Łukasza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów		X						
telefon/ telefony:	tel. +48 14 631 50 00								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								

Data wykreślenia z wykazu									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23		**kategoria realizowanych świadczeń**							
nazwa:	**Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy 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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Izba Przyjęć**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Strzelecka 2, 31-503 Kraków						**x**		
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**	**izolatorium**	**doraźne 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**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Strzelecka 2, 31-503 Kraków		X						
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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Izba Przyjęć**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Jarosława Dąbrowskiego 19, 34-120 Andrychów						**X**		
telefon/ telefony	tel. +48 12 620-82-61								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								

Data wykreślenia z wykazu									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25		**kategoria realizowanych świadczeń**							
nazwa:	**Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie**								**Poziom I na 9 marca 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								
identyfikator REGON	000805666								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Izba Przyjęć**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul.Józefa Babińskiego 29, 30-393 Kraków						**x**		
telefon/ telefony	tel. +48 012 652 42 87, +48 12 262 48 14								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Szpital 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		**x**						
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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Leczenie psychiatryczne dla dorosłych**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul.Józefa Babińskiego 29, 30-393 Kraków		**x**						**Poziom III na 9 marca 2021 r.**
telefon/ telefony	tel. +48 12 652 43 47								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26		**kategoria realizowanych świadczeń**							
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								**Poziom II na 9 marca 2021 r.**
telefon/ telefony:	tel. +48 18 47 32 400								
identyfikator REGON	000300587								

Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Izba Przyjęć**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój						**X**		
telefon/ telefony	tel. +48 18 47 32 400, +48 18 47 32 100								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Punkt Pobrań przy Medycznym Laboratorium Diagnostycznym**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój							**S**	
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**	**izolatorium**	**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**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój		**x**						
telefon/ telefony:	tel. +48 18 47 32 400								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 4		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Mobilny Punkt Pobrań**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój							**M**	
telefon/ telefony	tel. +48 18 473 24 24								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 5		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital im.dr. Józefa Dietla w Krynicy- Zdroju**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	20 Wojskowy Szpital Uzdrowiskowo – Rehabilitacyjny Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej, ul. Świdzińskiego 4, 33-380 Krynica-Zdrój		**X**						**SZPITAL TYMCZASOWY**
telefon/ telefony	lekarz koordynujący: tel. +48 601 509 978								
Data dodania do wykazu	24.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27		kategoria realizowanych świadczeń							
nazwa:	**Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane								**Poziom II na 9 marca 2021 r.**
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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane						**X**		
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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane							**S**	
telefon/ telefony	tel. +48 18 20 120 21 wew. 100 lub 291								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane		x						
telefon/ telefony:	tel. +48 18 20 120 21, +48 18 20 153 51								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 4		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii (porody)**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane		**X**						**Poziom III 9 marca 2021 r. do 24 marca 2021 r.**
telefon/ telefony	tel. +48 18 20 120 21, +48 18 20 153 51								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu	24.03.2021 r.								

Miejsce udzielania świadczeń 5		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	**Świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej**		X						**Poziom III od 8 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									
Miejsce udzielania świadczeń 6		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w**	**izolatorium**	**doraźne 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 na 9 marca 2021 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane								
telefon/ telefony	tel. +48 18 20 120 21, +48 18 20 153 51								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28		**kategoria realizowanych świadczeń**							
nazwa:	**Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu**								**Poziom II na 9 marca 2021 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wysokie Brzegi 4, 32-600 Oświęcim								
telefon/ telefony:	tel. +48 33 842 37 42								
identyfikator REGON	000304409								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**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**	**izolatorium**	**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	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	**Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wysokie Brzegi 4, 32-600 Oświęcim		x						
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 na 9 marca 2021 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Karmelicka 5, 34-100 Wadowice								
telefon/ telefony:	tel. +48 33 87 21 200, +48 33 87 21 280								
identyfikator REGON	000306466								
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy z Centralną Izbą Przyjęć**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Karmelicka 5, 34-100 Wadowice						x		
telefon/ telefony	tel. +48 33 87 21 200 wew. 401,402,403								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	**Punkt pobrań**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Karmelicka 7, 34-100 Wadowice							S	
telefon/ telefony	tel. +48 33 87 21 200 wew. 401, +48 690 108 899, +48 571 324 953								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	**Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Karmelicka 5, 34-100 Wadowice		x						
telefon/ telefony:	tel. +48 33 87 21 200, +48 33 87 21 280								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 4		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Punkt pobrań**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Karmelicka 12, 34-100 Wadowice (Pawilon AB)							**S**	
telefon/ telefony	tel. +48 33 87 21 200 wew. 401, +48 690 108 899, +48 571 324 953								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30		**kategoria realizowanych świadczeń**							
nazwa:	**Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka								**Poziom II na 9 marca 2021 r.**
telefon/ telefony:	tel. +48 33 872 31 00								
identyfikator REGON	000304415								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka								
telefon/ telefony	tel. +48 33 872 33 67, +48 33 872 33 77, +48 33 872 32 61, +48 33 872 33 78, +						**x**		
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka					**X**			
telefon/ telefony	tel. +48 33 87 23 276								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka							**S**	
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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka		x						
telefon/ telefony:	tel. +48 33 872 31 00								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów						**x**		
telefon/ telefony	tel. +48 32 624 - 70 - 08, + 48 32 624 - 74 - 95								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów					**x**			
telefon/ telefony	tel. + 48 32 624 74 49								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów							**S**	
telefon/ telefony	tel. + 48 32 624 74 48								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 4		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	**Szpital Powiatowy w Chrzanowie**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów		x						
telefon/ telefony:	tel. +48 18 47 32 400								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32		**kategoria realizowanych świadczeń**							
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko								**Poziom II na 9 marca 2021 r.**
telefon/ telefony:	tel. +48 14 662 10 00								
identyfikator REGON	000304355								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko						x		
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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko							**S**	
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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Laboratorium mikrobiologii i immunodiagnostyki chorób zakaźnych**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko					x			
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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko		x						
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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko	**1**							
telefon/ telefony:	tel. +48 14 66 21 166								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33		**kategoria realizowanych świadczeń**							
nazwa:	**Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice								**Poziom II na 9 marca 2021 r.**
telefon/ telefony:	tel. +48 18 35 -53-200								
identyfikator REGON	000308614								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice						**x**		
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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach, punkt pobrań**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice							**S**	
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	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	**Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice		x						
telefon/ telefony:	tel. +48 18 35 -53-200								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 4		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice					**x**			
telefon/ telefony:	tel. +48 18 35 -53-327, +48 18 35 -53-328								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 5		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Leczenie psychiatryczne dla dorosłych**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice		**X**						**Poziom III na 9 marca 2021 r.**
telefon/ telefony	tel. +48 18 35 -53-200								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34		**kategoria realizowanych świadczeń**							
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni "Szpital Powiatowy" im. Bł. Marty Wieckiej**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia								**Poziom II na 9 marca 2021 r.**
telefon/ telefony:	tel. +48 14 61 53 400								
identyfikator REGON	000304349								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia						**x**		
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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Punkt Pobrań przy Szpitalnym Oddziale Ratunkowym**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia							**S**	
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**	**izolatorium**	**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**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia		x						
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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Oddział Położniczo – Ginekologiczny**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia		x						**Poziom III na 9 marca 2021 r.**
telefon/ telefony:	tel. +48 14 61 53 400								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 5		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Oddział Chirurgii Ogólnej**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia		x						**Poziom III na 9 marca 2021 r.**
telefon/ telefony:	tel. +48 14 61 53 400								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35		**kategoria realizowanych świadczeń**							
nazwa:	**Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prądnicka 35-37, 31-202 Kraków								**Poziom II od 8 marca 2021 r.**

telefon/ telefony:	tel. +48 12 416 22 66, +48 12 633 01 00								
identyfikator REGON	357207664								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prądnicka 35-37, 31-202 Kraków						x		
telefon/ telefony	tel. +48 12 25 78 280, +48 12 25 78 472								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prądnicka 35-37, 31-202 Kraków		x						
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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Izba Przyjęć**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Słoneczna 3, 34-700 Rabka-Zdrój						**X**		
telefon/ telefony	tel. +48 18 26 85 735, +48 18 26 85 721, +48 18 26 85 771								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**„Szpital Miejski w Rabce-Zdroju" Sp. z o.o.**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Słoneczna 3, 34-700 Rabka-Zdrój		**X**						
telefon/ telefony	tel. +48 18 26 77 001								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37		kategoria realizowanych świadczeń							
nazwa:	**Specjalmed Sp. z o.o.**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Zarabie 35 c, 32-410 Dobczyce								
telefon/ telefony:	tel.: + 48 512 295 412								
identyfikator REGON	120778092								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Zarabie 35 c, 32-410 Dobczyce							S	
telefon/ telefony	tel.: + 48 510 090 854								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
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. Życzkwskiego 16, 31-864 Kraków								
telefon/ telefony:	+ 48 799 399 361								
identyfikator REGON	356366975								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Punkt mobilny Drive Thru**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Stanisława Lema 8, 31- 571 Kraków							S	
telefon/ telefony	+ 48 799 399 361								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Krakowska 285, 32-420 Gdów							S	
telefon/ telefony	+ 48 799 399 361								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	

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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**							S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kolbego 38, 34-730 Mszana Dolna								
telefon/ telefony	+ 48 799 399 361								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 5		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**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									

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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. 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**	**izolatorium**	**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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Punkt Pobrań								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. 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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Punkt Pobrań								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wierzchosławice 39 b, 33-122 Wierzchosławice							S	
telefon/ telefony	tel.+ 48 533 329 535								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41		**katalog realizowanych świadczeń**							
nazwa:	**Małopolski Szpital Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kolejowa 1a, 32-310 Jaroszowiec								**Poziom I na 9 marca 2021 r.**
telefon/ telefony:	tel. +48 32 642 80 90								
identyfikator REGON	000294214								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Małopolski Szpital Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kolejowa 1a, 32-310 Jaroszowiec		x						
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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Punkt Pobrań- Drive Thru**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kościuszki 15, 32-020 Wieliczka							S	
telefon/ telefony	tel. +48 12 381 82 09								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2*		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Krzysztof Ślusarczyk Liberandum Ratownictwo Medyczne**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Złocieniowa 20, 30-898 Kraków	**4**							
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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Legionów Polskich 2, 32-065 Krzeszowice							S	
telefon/ telefony	tel. + 48 793 600 112								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	

nazwa:	**Punkt pobrań- Drive-thru**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków							S	
telefon/ telefony	tel. + 48 793 600 112								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Punkt pobrań- Drive-thru**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Westerplatte 27, 33-100 Tarnów							S	
telefon/ telefony	tel. + 48 793 600 112								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 4		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Punkt pobrań- Drive-thru**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Władysława Sikorskiego 24, 32-050 Skawina (Parking Przy stadionie Miejskim)							S	
telefon/ telefony	tel. + 48 793 600 112								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 5		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Punkt pobrań**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	al. Jana Pawła II 39, 31-864 Kraków (punkt zlokalizowany na terenie parku obok Muzeum Lotnictwa Polskiego, wjazd od ul. Markowskiego przed gmachem Muzeum w lewo ul. Gnysia, następnie w prawo do punktu)							S	
telefon/ telefony	tel. + 48 793 600 112								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 6		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**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. Alberta Schweitzera 7, 30- 695 Kraków							S	
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**	**izolatorium**	**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. 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**	**izolatorium**	**doraźne 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. Olkuska 6, 32-085 Szyce								
telefon/ telefony	tel.: +48 793 600 112								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
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**	**izolatorium**	**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	izolatorium	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									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Transport sanitarny - 2 zespoły								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	1 zespół- ul. Przyjaźni 78a, 32-500 Balin 1 zespół- ul. Makuszyńskiego 21 Zakopane 34-500	**2**							
telefon/ telefony	tel.: +48 730 112 999								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46		**katalog realizowanych świadczeń**							
nazwa:	**Pro4Med Sp. z o.o.**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Gliwicka 35, 42-600 Tarnowskie Góry								
telefon/ telefony:	tel.: +48 32 700 70 70, + 48 32 320 61 90								
identyfikator REGON	241740492								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**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									
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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	

nazwa:	**Punkt Pobrań**							S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. 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									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Punkt Pobrań (budynek przychodni ALFA)**							S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Klęczany 182, 33-394 Klęczany								
telefon/ telefony	tel.: +48 792 091 591								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**							S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Jana Kremskiego 79, 31-859 Kraków								
telefon/ telefony	tel.: +48 792 091 591								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Stowarzyszenie Malta Służba Medyczna (2 zespoły transportu sanitarnego)								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Aleksandry 1, 33-332 Kraków	**2**							
telefon/ telefony	tel.: +48 723 121 121								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49		**katalog realizowanych świadczeń**							
nazwa:	**Centrum Medyczne "KOL- MED" samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w Tarnowie**								

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Plac Dworcowy 6, 33- 100 Tarnów								
telefon/ telefony:	tel. +48 14 688 60 11								
identyfikator REGON	10649508								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**								
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**								**Poziom I na 9 marca 2021 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Ciągłówka 9, 34-500 Zakopane								
telefon/ telefony:	tel.: +48 18 202 68 10								
identyfikator REGON	000295449								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im. dr. S. Jasińskiego w Zakopanem								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Ciągłówka 9, 34-500 Zakopane		**X**						
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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Szpital Położniczo-Ginekologicznym MEDIKOR świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Rzemieślnicza 5, 33-300 Nowy Sącz		**X**						**Poziom III na 9 marca 2021 r.**
telefon/ telefony	tel. +48 18 473 13 80								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								

Data wykreślenia z wykazu									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52		**katalog realizowanych świadczeń**							
nazwa:	**Centrum Medyczne Ujastek spółka z o.o.**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Ujastek 3, 31-752 Kraków								**Poziom III na 9 marca 2021 r.**
telefon/ telefony:	tel. + 48 12 683 38 44								
identyfikator REGON	350887420								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Szpital Położniczo- Ginekologiczny "Ujastek"**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Ujastek 3, 31-752 Kraków		**X**						
telefon/ telefony	tel. + 48 12 683 38 44								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53		**katalog 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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Punkt Pobrań (Parking przy Ośrodku Sportu i Rekreacji)**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kolna 2, 30-381 Kraków							**S**	
telefon/ telefony	tel. +48 511 260 682								
Data dodania do wykazu	9.03.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Punkt Pobrań (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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Punkt Pobrań Drive Thru (parking naprzeciwko Basenu)**								
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									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55		**katalog realizowanych świadczeń**							
nazwa:	**RENI-MED Łąckie Centrum Medyczne Teresa Janczura**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łącko 53, 33-390 Łącko								
telefon/ telefony:	tel.: +48 511 518 485								
identyfikator REGON	120916938								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**								
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									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56		**katalog realizowanych świadczeń**							
nazwa:	**Ośrodek Rehabilitacyjny Narządu Ruchu "Krzeszowice" Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Daszyńskiego 1, 32-065 Krzeszowice								**Poziom I od 17 marca 2021 r.**
telefon/ telefony:	tel.: +48 12 258 96 01								
identyfikator REGON	357001394								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	

nazwa:	**Ośrodek Rehabilitacyjny Narządu Ruchu "Krzeszowice" Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**		**X**						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Daszyńskiego 1, 32-065 Krzeszowice								
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	Trynitarska 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**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie sp. z o. o.**		**X**						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Trynitarska 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**								**Poziom III od 8 kwietnia 2021 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	al. Władysława Beliny- Prażmowskiego 60, 31514 Kraków								
telefon/ telefony:	tel.: +48 12 621 15 00								
identyfikator REGON	120040222								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Centrum Kardiologii Inwazyjnej Elektroterapii i Angiologii**		**X**						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Młyńska 5, 33-300 Nowy Sącz								
telefon/ telefony	tel.: +48 18 440 74 91								
Data dodania do wykazu	8.04.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59		**katalog realizowanych świadczeń**							
nazwa:	**„Szpital Skawina" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**								**Poziom II od 14 kwietnia 2021 r. do 30**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Tyniecka 15, 32-050 Skawina								

telefon/ telefony:	tel.: +48 12 444 65 26								kwietnia 2021 r.
identyfikator REGON	12274829600000								
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**„Szpital Skawina" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**		**X**						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Tyniecka 15, 32-050 Skawina								
telefon/ telefony	tel.: +48 18 440 74 91								
Data dodania do wykazu	14.04.2021 r.								
Data wykreślenia z wykazu	30.04.2021 r.								

* w odniesieniu do transportu sanitarnego rozumiane jako miejsce stacjonowania zespołu

** liczba zespołów w danym miejscu

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

Wykaz - dodatkowa opłata ryczałtowa za utrzymanie st
w reżimie sanitarnym uwzględniającym wprowadze
Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, a

Podmiot wykonujący działalność leczniczą
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PSY
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń REH
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń STM
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń UZD
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PRO
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SPO
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń OPH
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń RTM

Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PDT
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PILOTAŻ
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie karty DILO

anu gotowości do udzielania świadczeń
enie na terytorium Rzeczypospolitej
a następnie stanu epidemii

rodzaj realizowanych świadczeń
świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
X
X
X
X
X
X
X
X
X
X
X
X

X
X
X

Wykaz - Porady lekarskie udzielane na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku 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 POZ	**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 AOS	**X**

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 podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-501, ul. Mikołaja Kopernika 36		
telefon/ telefony:	+48 12 424 70 00, +48 12 424 70 01		
identyfikator REGON	000288685		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Jakubowskiego 2, 31-501 Kraków		
telefon/ telefony	tel.: +48 501 465 894		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SZPITAL TYMCZASOWY -SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE		**5**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-501, Kopernika 50		
telefon/ telefony	124248600		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	os. Na Skarpie 66, 31-913 Kraków		
telefon/ telefony:	tel.: + 48 12 644 01 44, +48 12 622 94 65		
identyfikator REGON	000630161		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	os. Na Skarpie 66, 31-913 Kraków		
telefon/ telefony	tel.: +48 12 622 93 42		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia chorób zakaźnych		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-913, os. Na Skarpie 66		
telefon/ telefony	126229502		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia chorób zakaźnych dzieci - BUDYNEK H		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-913, os. Na Skarpie 66 budynek H		
telefon/ telefony	126229502		
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia medycyny pracy - BUDYNEK C		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-913, os. Na Skarpie 66 budynek C		
telefon/ telefony	126229502		
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków		
telefon/ telefony:	tel. +48 12 646 8 502		
identyfikator REGON	121188694		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-586, Galicyjska 9		
telefon/ telefony	tel.: +48 606 629 315		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	EXPO KRAKÓW - POPULACYJNE Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-586, Galicyjska 9		
telefon/ telefony	727 797 074		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.-		**5**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-586, Galicyjska 9		
telefon/ telefony	727 797 074		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Szpital Wojewódzki im.Św.Łukasza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów		
telefon/ telefony:	tel. +48 14 631 50 00		
identyfikator REGON	850052740		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Szpital Wojewódzki im.Św.Łukasza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie	W	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów		
telefon/ telefony	tel.: +48 14 631 50 98		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - ARENA JASKÓŁKA		10
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Traugutta 3B, 33-101 Tarnów		
telefon/ telefony	tel.: 146315813		
Data dodania do wykazu	17.05.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	+ 48 18 443 88 77		
identyfikator REGON	000306437		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Specjalistyczny im. Jedrzeja Śniadeckiego w Nowym	W	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Młyńska 10, 33 - 300 Nowy Sącz		
telefon/ telefony	tel.: +48 884 313 999		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Szpital Specjalistyczny im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu		4
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Młyńska 5, 33 - 300 Nowy Sącz		
telefon/ telefony	184425694 184425674		
Data dodania do wykazu	28.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w		
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		**szczepienie personelu ***	**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/ telefony	tel.: +48 18 263 31 26		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Opieki Całodobowej Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ		
telefon/ telefony	182633111		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Starostwo Powiatowe w Nowym Targu		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, ul. Bolesława Wstydliwego 14		
telefon/ telefony	182633111		
Data dodania do wykazu	26.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu - Węzłowo-Populacyjny		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, ul. Szpitalna 14		
telefon/ telefony	182633111		
Data dodania do wykazu	30.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Specjalistyczny Szpital im. E. Szczeklika w Tarnowie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 13, 33-100 Tarnów		
telefon/ telefony:	+48 14 63 10 100		
identyfikator REGON	000313408		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**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/ telefony	tel.: +48 698 812 000		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MOGILANY, 32-031, ul. św. Bartłomieja Apostoła 21		
telefon/ telefony:	12 27 01 999, 12 27 01 270, 12 27 77 177		
identyfikator REGON	351571541		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MOGILANY, 32-031, Św. Bartłomieja Apostoła 21		
telefon/ telefony	122777170		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w		
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w	W	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Proszowice, 32-100, ul. Mikołaja Kopernika 13		
telefon/ telefony	tel. +48 606 612 738		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia ogólna		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁUCZYCE, 32-010, Dworska 1		
telefon/ telefony	123871199		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia ogólna		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIERZBNO, 32-104, 2		1
telefon/ telefony	123869299		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WAWRZEŃCZYCE, 32-125, 174		1
telefon/ telefony	122874009		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 5		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia ogólna		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	IGOŁOMIA, 32-126, 16		1
telefon/ telefony	122873014		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 6		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PROSZOWICE, 32-100, Mikołaja Kopernika 13		1
telefon/ telefony	690117868		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ LECZNICTWA OTWARTEGO		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, ul. Bolesława Szpunara 20		
telefon/ telefony:	12 27 82 824		
identyfikator REGON	350674687		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Ogólna - SPZLO w Wieliczce		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, Bolesława Szpunara 20		2
telefon/ telefony	733030577		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-202, ul. Prądnicka 35-37		
telefon/ telefony:	12 416 22 66		
identyfikator REGON	357207664		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prądnicka 35-37, 31-202 Kraków	W	
telefon/ telefony	tel. +48 609 227 009		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza -		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-202, Prądnicka 35-37		1
telefon/ telefony	122578672		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-202, ul. Prądnicka 80		
telefon/ telefony:	126142000		
identyfikator REGON	000290073		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków,	W	
telefon/ telefony	tel. +48 504 906 449		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Wojewódzka Poradnia Szczepień Ochronnych		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-202, Prądnicka 80		1
telefon/ telefony	0126142237		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GOŁCZA, 32-075, 80C-D		
telefon/ telefony:	12 38 86 099		
identyfikator REGON	351566391		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GOŁCZA, 32-075, 80 C-D		1
telefon/ telefony	123886099		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DZIEWIN, 32-708, 48A		
telefon/ telefony:	12 28 17 198; 12 28 17 124		
identyfikator REGON	351145212		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	OŚRODEK ZDROWIA W DZIEWINIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DZIEWIN, 32-708, 48 a		1
telefon/ telefony	122817198		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	OŚRODEK ZDROWIA W DZIEWINIE - Z FILIĄ DZIAŁAJĄCĄ W		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŚWINIARY, 32-709, 117		1
telefon/ telefony	122817002		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SPECJALISTYCZNE CENTRUM DIAGNOSTYCZNO - ZABIEGOWE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-559, ul. Stefana Rogozińskiego 5		
telefon/ telefony:	124173311		
identyfikator REGON	008397907		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-559, Grzegórzecka 67C		1
telefon/ telefony	123457001		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-307, Barska 12		1
telefon/ telefony	122665062		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-559, Stefana Rogozińskiego 5		1
telefon/ telefony	124173311		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE UJASTEK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-752, ul. Ujastek 3		
telefon/ telefony:	12 68 33 800		
identyfikator REGON	350887420		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień Centrum Medyczne "Ujastek"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-752, Ujastek 3		1
telefon/ telefony	126833844		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY RODZINNYCH Spółka z		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-061, ul. Bocheńska 4		

telefon/ telefony:	12 43 05 773		
identyfikator REGON	351063365		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Grupowa		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-061, Bocheńska 4		**2**
telefon/ telefony	124305773		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA ERGOMED		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-415, ul. Bonarka 18		
telefon/ telefony:	12 26 62 195		
identyfikator REGON	351269256		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-415, Bonarka 18		**1**
telefon/ telefony	122662195		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - PRAKTYKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-636, Osiedle Oświecenia 45		
telefon/ telefony:	+48 126410400		
identyfikator REGON	351356469		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza rodzinnego		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-636, os. Oświecenia 45		**1**
telefon/ telefony	126410400		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	DIAGNOSTYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-864, ul. prof. Michała Życzkowskiego 16		
telefon/ telefony:	12 29 50 100		
identyfikator REGON	356366975		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-864, Prof. Michała Życzkowskiego 16		**1**
telefon/ telefony	122950100		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-034, Mikołaja Kopernika 8		**1**
telefon/ telefony	122950100		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA - OŚRODEK ZDROWIA W		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEPRAW, 32-447, 898		
telefon/ telefony:	12 27 46 030		
identyfikator REGON	351492215		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEPRAW, 32-447, 741		**1**
telefon/ telefony	122746030		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	LEKARZE RODZINNI E.FIGIEL,M.FIGIEL S.C.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-235, ul. Koło Białuchy 25		
telefon/ telefony:	12 25 00 670		
identyfikator REGON	351514320		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarzy		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TRĄBKI, 32-020, 159		**1**
telefon/ telefony	602702915		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"SANO-MED" Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWE BRZESKO, 32-120, Partyzantów 4		
telefon/ telefony:	12 38 52 012		
identyfikator REGON	351521201		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SANO-MED SP.Z O.O.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWE BRZESKO, 32-120, PARTYZANTÓW 4		**1**
telefon/ telefony	12 3852012		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRZYCHODNIA MEDYCYNY RODZINNEJ SPÓŁKA Z		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUŁKOWICE, 32-440, ul. Szkolna 9		
telefon/ telefony:	2732173		
identyfikator REGON	351535798		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Medycyny Rodzinnej w Sułkowicach		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUŁKOWICE, 32-440, Szkolna 9		
telefon/ telefony	883314866		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Medycyny Rodzinnej-Punkt Lekarski w Izdebniku		
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		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Medycyny Rodzinnej-Oddział w Lanckoronie		
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		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza Rodzinnego		
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		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ Gabinet Lekarza Rodzinnego lek. med. Lucyna Kufel		
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		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MAŁGORZATA SOWIŃSKA-SOWA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD		
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		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego		
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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień NZOZ - Praktyka Lekarza Rodzinnego Filia w		
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		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gabinet Lekarza		
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		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Andrzej Zając Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej		
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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet(poradnia) podstawowej opieki zdrowotnej		
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		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	RAFAŁ KACORZYK		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-092, ul. Krakusów 1B/2		
telefon/ telefony:	12 63 86 632		
identyfikator REGON	351304410		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień NZOZ Gabinet Lekarza Rodzinnego Rafał		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZOZÓWKA, 32-088, krakowska 20		**1**
telefon/ telefony	124194817		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MAŁGORZATA KULIS-MACHETA CENTRUM MEDYCZNO -		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-015, ul. Cieszyńska 16		
telefon/ telefony:	609 533 656		
identyfikator REGON	350524730		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PORADNIA LEKARZA POZ		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-015, Cieszyńska 16		
telefon/ telefony	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		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-869, os. 2 Pułku Lotniczego 22		
telefon/ telefony:	12 64 91 321		
identyfikator REGON	351562602		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza Rodzinnego		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-869, os. 2 Pułku Lotniczego 22		**1**
telefon/ telefony	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/ telefony:	+48 014 642 28 31, + 48 014 642 27 50		
identyfikator REGON	000304361		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zespół Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Tarnowskiej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1	**W**	
telefon/ telefony	tel.: +48 603131338		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpitalna Przychodnia Rodzinna		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DĄBROWA TARNOWSKA, 33-200, Szpitalna 1		**1**
telefon/ telefony	146422831		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Szpital w Dąbrowie Tranowskiej		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DĄBROWA TARNOWSKA, 33-200, Szpitalna 1		
telefon/ telefony	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	OLESNO, 33-210, ul. Leśna 10		
telefon/ telefony:	14 64 11 011		
identyfikator REGON	850446574		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLESNO, 33-210, Leśna 10		**1**
telefon/ telefony	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		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RZEZAWA, 32-765, ul. Wiśniowa 30		
telefon/ telefony:	14 68 58 410		
identyfikator REGON	850521962		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RZEZAWA, 32-765, Wiśniowa 30		**1**
telefon/ telefony	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		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-101, ul. Eugeniusza Kwiatkowskiego 15		
telefon/ telefony:	14 68 80 511		
identyfikator REGON	851664020		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Mościckie Centrum Medyczne - Poradnia Rodzinna		
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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	MOSCICKIE CENTRUM MEDYCZNE SPOŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-101, E. Kwiatkowskiego 15	**P**	

telefon/ telefony	tel: 14 688 05 50	P	
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"CENTERMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ		
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		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CenterMed Sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej		
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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CenterMed Sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej		
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		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CenterMed Sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej		
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		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko	W	
telefon/ telefony	tel.: +48 511438360		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia ogólna		
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		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH SPZOZ W BRZESKU		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZESKO, 32-800, Tadeusza Kościuszki 68		
telefon/ telefony	509 640 404 509 640 423		4
Data dodania do wykazu	21.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet zabiegowy		
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		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	UZDROWISKO SZCZAWNICA SPÓŁKA AKCYJNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZAWNICA, 34-460, ul. Zdrojowa 26		
telefon/ telefony:	185400420		
identyfikator REGON	000288219		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Uzdrowiskowa		
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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	UZDROWISKO SZCZAWNICA SPÓŁKA AKCYJNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZAWNICA, 34-460, ul. Zdrojowa 26	P	
telefon/ telefony	tel: 1805400420		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ 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		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Gabinet Lekarza POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JODŁOWNIK, 34-620, 174		1
telefon/ telefony	183321120		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁABOWA, 33-336, 284		1
telefon/ telefony	184711286		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"UZDROWISKO KRYNICA-ŻEGIESTÓW" 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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Sanatorium Uzdrowiskowe Patria		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, Kazimierza Pułaskiego 35		1
telefon/ telefony	184712811		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Słopnicach		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SŁOPNICE, 34-615, 518		2
telefon/ telefony	183326004		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szczawie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZAWA, 34-607, 425		1
telefon/ telefony	183324015		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	BOR-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRASNE-LASOCICE, 34-620, 192		
telefon/ telefony:	18 33 21 403		
identyfikator REGON	360679085		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Bor-Med - PUNKT SZCZEPIEŃ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRASNE-LASOCICE, 34-620, Krasne 192		1
telefon/ telefony	183321403		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza Rodzinnego - PUNKT SZCZEPIEŃ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁAPANOW, 32-740, 185		1
telefon/ telefony	146853425		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w		
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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane	W	
telefon/ telefony	tel. +48 572 703 346		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAKOPANE, 34-500, Kamieniec 10		1
telefon/ telefony	182012021		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAKOPANE, 34-500, Kamieniec 10		
telefon/ telefony	182012021 264		
Data dodania do wykazu	23.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w		
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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice	W	
telefon/ telefony	tel. +48 606999740		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GORLICE, 38-300, Węgierska 21		1
telefon/ telefony	183553260		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GORLICE, 38-300, Sportowa 9		4
telefon/ telefony	183553222		
Data dodania do wykazu	21.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MANIOWY, 34-436, ul. Gorczańska 6		
telefon/ telefony:	18 27 50 088		
identyfikator REGON	490687997		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek Zdrowia W		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MANIOWY, 34-436, GORCZAŃSKA 6		1
telefon/ telefony	182750088		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NAPRAWA, 34-240, 477		
telefon/ telefony:	18 26 72 012		
identyfikator REGON	357168480		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet szczepień		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NAPRAWA, 34-240, 477		1
telefon/ telefony	182672012		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LIPNICY WIELKIEJ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIPNICA WIELKA, 34-483, 517		
telefon/ telefony:	18 26 34 504		
identyfikator REGON	490664565		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIPNICA WIELKA, 34-483, 517		
telefon/ telefony	182634504		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁAPSZE NIŻNE, 34-442, ul. Długa 169		
telefon/ telefony:	182659398		
identyfikator REGON	490529927		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁAPSZE NIŻNE, 34-442, Długa 169		1
telefon/ telefony	182659398		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZAFLARY, 34-424, UL. WŁADYSŁAWA ORKANA 37C		
telefon/ telefony:	18 27 54 776		
identyfikator REGON	490765680		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W SZAFLARACH		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZAFLARY, 34-424, Orkana 37c		
telefon/ telefony	182754776		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Wysokie Brzegi 4		
telefon/ telefony:	33 844 82 00		
identyfikator REGON	000304409		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wysokie Brzegi 4, 32-600 Oświęcim	W	
telefon/ telefony	tel. +48 605666823		

Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu**	**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		**1**
telefon/ telefony	338448267		
Data dodania do wykazu	30.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WIEPRZU		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIEPRZ, 34-122, ul. Wadowicka 3		
telefon/ telefony:	33 870 67 60		
identyfikator REGON	072135480		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza poz		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIEPRZ, 34-122, Wadowicka 3		**1**
telefon/ telefony	338755052		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mucharzu		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MUCHARZ, 34-106, 226		
telefon/ telefony:	33 8761410		
identyfikator REGON	070745010		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Mucharzu		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MUCHARZ, 34-106, 226		**1**
telefon/ telefony	338761410		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Zembrzycach		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZEMBRZYCE, 34-210, 541		
telefon/ telefony:	33 8746010		
identyfikator REGON	072140914		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZEMBRZYCE, 34-210, 541		**1**
telefon/ telefony	338746010		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OŚRODEK ZDROWIA W BIEŃKÓWCE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIEŃKÓWKA, 34-212, 410		
telefon/ telefony:	33 874 01 61		
identyfikator REGON	072148614		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Bieńkówce		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIEŃKÓWKA, 34-212, 410		**1**
telefon/ telefony	33 874 01 61		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Miejska Przychodnia Zdrowia w Suchej Beskidzkiej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUCHA BESKIDZKA, 34-200, ul. Handlowa 1		
telefon/ telefony:	33 874 28 17		
identyfikator REGON	072127871		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Miejska Przychodnia Zdrowia w Suchej Beskidzkiej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUCHA BESKIDZKA, 34-200, Handlowa 1		**1**
telefon/ telefony	338742817		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Miejska Przychodnia Zdrowia		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MAKÓW PODHALAŃSKI, 34-220, ul. Kościuszki 1		
telefon/ telefony:	33 877 18 17		
identyfikator REGON	072122885		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Miejska Przychodnia Zdrowia		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MAKÓW PODHALAŃSKI, 34-220, Kościuszki 1		**1**
telefon/ telefony	338771817		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	WIEJSKI OŚRODEK ZDROWIA W JUSZCZYNIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JUSZCZYN, 34-231, 542		
telefon/ telefony:	33 8771443		
identyfikator REGON	072122879		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Wiejski Ośrodek Zdrowia w Juszczynie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JUSZCZYN, 34-231, 542		**1**
telefon/ telefony	338771443		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SPYTKOWICACH		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SPYTKOWICE, 34-116, ul. Szkolna 1		
telefon/ telefony:	33 87 91 828		
identyfikator REGON	072148962		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SPYTKOWICE, 34-116, SZKOLNA 1		
telefon/ telefony	338791828		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Stryszowie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STRYSZÓW, 34-146, 557		
telefon/ telefony:	33 8797585		
identyfikator REGON	357002838		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Stryszowie		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STRYSZÓW, 34-146, 557		
telefon/ telefony	338797495		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	33 8766 437		
identyfikator REGON	357002301		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Miejska Przychodnia Zdrowia w Kalwarii Zebrzydowskiej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KALWARIA ZEBRZYDOWSKA, 34-130, Jana Pawła II 7		
telefon/ telefony	338766437		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Wiejski Ośrodek Zdrowia w Leńczach		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LEŃCZE, 34-130, 284		
telefon/ telefony	338768795		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Wiejski Ośrodek Zdrowia w Przytkowicach		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRZYTKOWICE, 34-141, 416		
telefon/ telefony	338768425		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych w Kalwarii Zebrzydowskiej - Hala Sportowa Zespół Szkół nr 1		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KALWARIA ZEBRZYDOWSKA, 34-130, ul. Mickiewicza 14		
telefon/ telefony	518514673		
Data dodania do wykazu	26.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Chełmku		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHEŁMEK, 32-660, ul. Staicha 1		
telefon/ telefony:	33 846 14 61, 846 11 69, 846 12 02		
identyfikator REGON	357007652		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Chełmku		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHEŁMEK, 32-660, ul. Staicha 1		
telefon/ telefony	338461202		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SG ZOZ w Chełmku - Hala sportowa		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHEŁMEK, 32-660, ul. Krakowska 18		
telefon/ telefony	338461461		
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	32 62 32 211		
identyfikator REGON	276218481		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień - ZLA w Chrzanowie		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, Sokoła 19		
telefon/ telefony	32 610 00 49		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień - ZLA Chrzanów		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, Broniewskiego 16c		
telefon/ telefony	32 623 44 68		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień - ZLA Chrzanów		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, Kalinowa 7		
telefon/ telefony	32 661 87 57		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej - ZLA Chrzanów		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LUSZOWICE, 32-500, Strażacka 8		
telefon/ telefony	327115050		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 5		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej - ZLA Chrzanów		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BALIN, 32-500, Wyzwolenia 65		
telefon/ telefony	32 613 17 87		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 6		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej - ZLA Chrzanów		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PŁAZA, 32-552, Jana Korczaka 2		
telefon/ telefony	326131250		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 7		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej - ZLA Chrzanów		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, ul. Kolonia Stella 19/1		
telefon/ telefony	32 623 04 32		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"DIABET" CENTRUM MEDYCZNE S.C. LESZEK ROMANOWSKI BARBARA ROMANOWSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, ul. Kościuszki 18		
telefon/ telefony:	32 62 31 373		
identyfikator REGON	851722668		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia - Centrum Wielospecjalistycznej Opieki Ambulatoryjnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, Kościuszki 18		

telefon/ telefony	326231373		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	JAROSŁAW KUBICKI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GDÓW, 32-420, 336		
telefon/ telefony:	602 773 919		
identyfikator REGON	350693532		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PORADNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GDÓW, 32-420, 1349		
telefon/ telefony	122514009		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŻEGOCINIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻEGOCINA, 32-731, 232		
telefon/ telefony:	14 61 32 034		
identyfikator REGON	851712635		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŻEGOCINIE		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻEGOCINA, 32-731, 232		
telefon/ telefony	146132034		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	OLAF DUBIEL		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GDÓW, 32-420, 402		
telefon/ telefony:	12 25 14 829		
identyfikator REGON	350314530		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Olaf Dubiel		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GDÓW, 32-420, 402		
telefon/ telefony	12 25 14 829		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	33 84 52 036 , 33 84 52 740		
identyfikator REGON	357029926		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Przychodnia Zdrowia w Kętach		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KĘTY, 32-650, Jana III Sobieskiego 35a		
telefon/ telefony	338452036		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Ośrodek Zdrowia w Bielanach		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIELANY, 32-651, Łęcka 10		
telefon/ telefony	338486610		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Ośrodek Zdrowia w Bulowicach		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BULOWICE, 35-652, Bielska 63		
telefon/ telefony	338453599		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Ośrodek Zdrowia w Malcu		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MALEC, 35-651, Świętojańska 65		
telefon/ telefony	338455220		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 5		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Ośrodek Zdrowia w Witkowicach		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WITKOWICE, 32-650, Dworska 50		
telefon/ telefony	338485099		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 6		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych Hala OSiR		**4**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KĘTY, 32-650, os. Nad sołą 29		
telefon/ telefony	887035240		
Data dodania do wykazu	26.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Maria Maruszak-Wojtas		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAKLICZYN, 32-840, ul. Grabina 27A		
telefon/ telefony:	14 66 53 533		
identyfikator REGON	851750245		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAKLICZYN, 32-840, Grabina 27A		
telefon/ telefony	146653533		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	14 6117028		
identyfikator REGON	851736920		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Miejski Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOCHNIA, 32-700, Floris 16		

telefon/ telefony	146153628		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZEGINI JANUSZ ZALEWSKI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRZEGINIA, 32-049, 371		
telefon/ telefony:	12 38 98 017		
identyfikator REGON	357031314		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gabinet Lekarza Rodzinnego Lek. Med. Janusz Zalewski w Przegini		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRZEGINIA, 32-049, 371		
telefon/ telefony	123898017		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Przegini Filia w Skale		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKAŁA, 32-043, Rynek 8		
telefon/ telefony	123892797		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ANNA TENEROWICZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAGÓRZANY, 38-333, 235		
telefon/ telefony:	18 35 30 460		
identyfikator REGON	491904570		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OŚRODEK ZDROWIA" W ZAGÓRZANACH		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAGÓRZANY, 38-333, 235		
telefon/ telefony	183512893		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	183541005		
identyfikator REGON	491971163		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Moszczenicy		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MOSZCZENICA, 38-321, Samorządowa 5		
telefon/ telefony	501297080		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ OŚRODEK ZDROWIA W MOSZCZENICY		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STASZKÓWKA, 38-321, Strażacka 5		
telefon/ telefony	501297080		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	14 68 52 628		
identyfikator REGON	851665835		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIPNICA MUROWANA, 32-724, 49		
telefon/ telefony	146852628		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W MUSZYNIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MUSZYNA, 33-370, ul. Zefirka 6		
telefon/ telefony:	18 47 14 037		
identyfikator REGON	491974204		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W MUSZYNIE		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MUSZYNA, 33-370, Zefirka 6		
telefon/ telefony	184714037		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
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, 255		
telefon/ telefony:	18 44 58 578		
identyfikator REGON	491972582		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet internistyczny (poradnia lekarza poz) ZDROWIE RODZINY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZEZNA, 33-386, 311		
telefon/ telefony	184458578		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Natalia Szopińska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JAZOWSKO, 33-389, 120		
telefon/ telefony:	18 44 47 008		
identyfikator REGON	491973676		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jazowsku		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JAZOWSKO, 33-389, 120		
telefon/ telefony	184447273		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Małgorzata Wojewoda		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TYLICZ, 33-383, ul. Boczna 6		
telefon/ telefony:	18 471 1325		
identyfikator REGON	491897521		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tyliczu		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TYLICZ, 33-383, Boczna 6		
telefon/ telefony	184711325		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	18 47 12 971		
identyfikator REGON	120540456		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ALFA w Krynicy Zdroju		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, Reymonta 21 21		
telefon/ telefony	184712971		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza podstawowej opieki zdrowotnej Klęczany		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KLĘCZANY, 33-394, 182		
telefon/ telefony	184433615		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	12 27 20 411		
identyfikator REGON	357042080		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia (Gabinet) Lekarza POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MYŚLENICE, 32-400, Juliusza Słowackiego 88		
telefon/ telefony	122720411		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RYTRZE "TELMED" S.C.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RYTRO, 33-343, 541		
telefon/ telefony:	18 44 69 002		
identyfikator REGON	491974256		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RYTRO , 33-343, 541		
telefon/ telefony	184469002		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE" S.C. DOROTA STACHURA-BIEDROŃ,MARIA KOLCZYŃSKA-CZEPIEC		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RUDAWA, 32-064, ul. Antoniny Domańskiej 24		
telefon/ telefony:	12 28 38 091		
identyfikator REGON	357060557		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza rodzinnego		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RUDAWA, 32-064, Antoniny Domańskiej 24		
telefon/ telefony	602117072		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 86		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MEDIC-KOLOR Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-941, os. Kolorowe 21		
telefon/ telefony:	12 64 44 311		
identyfikator REGON	357033431		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień MEDIC-KOLOR		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-941, os. Kolorowe 21		
telefon/ telefony	126444311		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Dorota Bogucka-Świeboda		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁĄCKO, 33-390, 140		
telefon/ telefony:	18 44 46 304		
identyfikator REGON	491937500		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza POZ Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁĄCKO, 33-390, 140		
telefon/ telefony	7820095660		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Krystyna Piwowar-Klag		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁĄCKO, 33-390, 662		
telefon/ telefony:	18 4446024		
identyfikator REGON	490605172		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Gabinet pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "KLAG-MED"		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁĄCKO, 33-390, 662		
telefon/ telefony	184446024		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	KRZYSZTOF PTAK PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GDÓW, 32-420, 402		
telefon/ telefony:	12 25 14 488		
identyfikator REGON	350326325		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Praktyka Lekarza Rodzinnego		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GDÓW, 32-420, 402		
telefon/ telefony	122514488		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ S.C. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁAPANÓW, 32-740, 186		
telefon/ telefony:	14 61 34 401		
identyfikator REGON	357057710		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza rodzinnego		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁAPANÓW, 32-740, 186		
telefon/ telefony	14 61 34 401		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MĘDRZECHOWIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MĘDRZECHÓW, 33-221, 325		
telefon/ telefony:	14 64 37 114		
identyfikator REGON	851748774		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MĘDRZECHÓW, 33-221, 325		
telefon/ telefony	14 64 37 114		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Doktor Jaworek		**1**
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		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ANNA JELONKIEWICZ, MARIA MAGDALENA KUŁAGA-WIECZOREK "ZDROWIE" SPÓŁKA JAWNA		
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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza rodzinnego - Punkt szczepień		**1**
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		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Ogólna		**1**
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		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ - Punkt Szczepień		**1**
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		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Św. Anny w Miechowie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Miechów, 32-200, ul. Szpitalna 3	**w**	
telefon/ telefony	tel. +48 511910667		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Św. Anny		**1**
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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Sala Gimnastyczna przy Szkole Podstawowej Nr 2		**8**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIECHÓW, 32-200, os. Gen. Władysława Sikorskiego 15A		
telefon/ telefony	532394541, 538515150, 413820140		
Data dodania do wykazu	21.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PZOZ W KOZŁOWIE		**1**
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		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SŁABOSZOWIE Z SIEDZIBĄ W DZIADUSZYCACH		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DZIADUSZYCE, 32-218, 25		
telefon/ telefony:	41 38 47 010		
identyfikator REGON	290419470		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Dziaduszycach		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DZIADUSZYCE, 32-218, 25		
telefon/ telefony	413847010		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W CHARSZNICY		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIECHÓW-CHARSZNICA, 32-250, ul. Miechowska 52		
telefon/ telefony:	41 38 36 008		
identyfikator REGON	357004984		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Charsznicy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIECHÓW-CHARSZNICA, 32-250, Miechowska 52		
telefon/ telefony	413836008		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Publiczny ZakłAd Opieki Zdrowotnej w Charsznicy filia Tczyca		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tczyca, 32-250, Tczyca 168		
telefon/ telefony	413837215		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Książu Wielkim		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KSIĄŻ WIELKI, 32-210, ul. Warszawska 17A		
telefon/ telefony:	41 38 38 017		
identyfikator REGON	290758255		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Książu Wielkim		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KSIĄŻ WIELKI, 32-210, Warszawska 17A		
telefon/ telefony	4413838017		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	JARMIX SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIECHÓW, 32-200, ul. Józefa Piłsudskiego 12		
telefon/ telefony:	41 38 33 322		
identyfikator REGON	290655058		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ Centrum Medyczne TOP-MED		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIECHÓW, 32-200, ul. Józefa Piłsudskiego 12		
telefon/ telefony	41 38 33 322		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punk szczepień w ośrodku zdrowia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RACŁAWICE, 32-222, 155		
telefon/ telefony	41 38 33 322		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SZCZUCINIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZUCIN, 33-230, ul. Piłsudskiego 15		
telefon/ telefony:	14 64 36 195		
identyfikator REGON	851745267		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZUCIN, 33-230, Piłsudskiego 15		
telefon/ telefony	146436195		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Słupcu		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SŁUPIEC/33-230/Słupiec 320		
telefon/ telefony	146431280		
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Brzezówce		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZEZÓWKA/32-230/Brzezówka 155		

telefon/ telefony	146431833		
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych w Szczucinie		**4**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZUCIN, 33-230, ul. Kościuszki 32		
telefon/ telefony	146436195		
Data dodania do wykazu	29.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOLESŁAWIU		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOLESŁAW, 33-220, 168		
telefon/ telefony:	14 64 15 014		
identyfikator REGON	851745630		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOLESŁAWIU		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOLESŁAW, 33-220, 168		
telefon/ telefony	146415014		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 104		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ANTIDOTUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Władysława Broniewskiego 3a		
telefon/ telefony:	184415585		
identyfikator REGON	491975072		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień ANTIDOTUM Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY SĄCZ, 33-300, Broniewskiego 3a		
telefon/ telefony	1852117014		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	LEKARZ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CZERNICHÓW, 32-070, ul. Wiślana 2		
telefon/ telefony:	12 27 02 999		
identyfikator REGON	357058632		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CZERNICHÓW, 32-070, Wiślana 2		
telefon/ telefony	696033997		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 106		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZATORZE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZATOR, 32-640, ul. Leszka Palimąki 2		
telefon/ telefony:	33 84 12 150		
identyfikator REGON	357082613		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZATOR, 32-640, Leszka Palimąki 2		
telefon/ telefony	338412150		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	184715652		
identyfikator REGON	430647438		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA ARCUS		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, J. I. Kraszewskiego 118		
telefon/ telefony	184715652		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 108		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	18 44 36 690		
identyfikator REGON	491975066		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ"REMEDIUM"		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY SĄCZ, 33-300, Józefa Poniatowskiego 2		
telefon/ telefony	185476750		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Przeciw COVID 19		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Rokitniańczyków 26		
telefon/ telefony	798816134		
Data dodania do wykazu	28.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 109		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	18 443 09 10		
identyfikator REGON	491980601		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PRAXIS" sp.z.o.o.		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY SĄCZ, 33-300, Św. Heleny 30B		
telefon/ telefony	+48184430910		
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/ telefony:	601 497 758		

identyfikator REGON	490711537		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza Rodzinnego NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego M.Janik		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RACIECHOWICE, 32-415, 140		
telefon/ telefony	122715015		
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/ telefony:	14 64 16 006		
identyfikator REGON	851750883		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRĘBOSZOWIE		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRĘBOSZÓW, 33-260, 142		
telefon/ telefony	146416006		
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 LEKARZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KASINA WIELKA, 34-741, 546		
telefon/ telefony:	18 33 14 023		
identyfikator REGON	491979288		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKRZYDLNA, 34-625, 152		
telefon/ telefony	183331013		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KASINA WIELKA, 34-741, 546		
telefon/ telefony	183314023		
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/ telefony:	18 4417002		
identyfikator REGON	491979986		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Korzennej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KORZENNA, 33-322, 338		
telefon/ telefony	184417002		
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/ telefony:	+48 12 629 89 00, +48 12 629 88 00		
identyfikator REGON	351618159		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Św. Rafała	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Bochenka 12, 30-693 Kraków		
telefon/ telefony	tel. +48 785 056 438		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ AKS		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-150, Armii Krajowej 5		
telefon/ telefony	126298800		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt pobrań -Scanmed		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-536, Podgórska 36		
telefon/ telefony	126298800		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ AGH		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-050, Akademicka 5		
telefon/ telefony	126298800		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 5		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień dla dorosłych		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY SĄCZ, 33-300, Zygmuntowska 15		
telefon/ telefony	126298800		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 6		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ AWF		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-571, al. Jana Pawła II 84		
telefon/ telefony	126298800		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 7		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ UE		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-551, Rakowicka 16		
telefon/ telefony	126298800		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 8		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ UP		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-048, Podchorążych 2		
telefon/ telefony	126298800		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 9		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ PK		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-155, Warszawska 24		
telefon/ telefony	126298800		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 10		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ UJ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-387, Gronostajowa 7		
telefon/ telefony	126298800		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 11		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ KA		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-705, Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1		
telefon/ telefony	126298800		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 12		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ B10		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-693, Adama Bochenka 10		
telefon/ telefony	126298800		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 13		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital św. Rafała		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-693, Adama Bochenka 12		
telefon/ telefony	785051886		
Data dodania do wykazu	30.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 115		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego w Porębie Wielkiej		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PORĘBA WIELKA, 34-735, 278		
telefon/ telefony	183317013		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 116		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Gabinet diagnostyczno-zabiegowy		3
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIMANOWA, 34-600, M.B.Bolesnej 10		
telefon/ telefony	183372232		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 117		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Elżbieta Makulec-Ryś		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWE RYBIE, 34-652, 157		
telefon/ telefony:	18 33 22 111		
identyfikator REGON	491896852		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet położnej środowiskowo-rodzinnej Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Praktyka Lekarza Rodzinnego" w Nowym Rybiu		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWE RYBIE, 34-652, 157		
telefon/ telefony	123322111		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 118		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DOBREJ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DOBRA, 34-642, 545		
telefon/ telefony:	18 33 30 011		
identyfikator REGON	491981440		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Dobrej - Punkt Szczepień		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DOBRA, 34-642, 545		
telefon/ telefony	183330011		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	18 33 10 028		
identyfikator REGON	491980860		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Poradnia lekarska POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MSZANA DOLNA, 34-730, Matejki 13		
telefon/ telefony	183310028		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 120		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	12 38 95 009		
identyfikator REGON	351612837		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JERZMANOWICE, 32-048, Rajska 22		

telefon/ telefony	123895009		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RACŁAWICE, 32-049, Racławice 54A		
telefon/ telefony	122829381		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 121		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	33 87 05 632		
identyfikator REGON	357062830		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ANDRYCHÓW, 34-120, Starowiejska 17a		
telefon/ telefony	338705632		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ DOB-MED PIOTR STOPNICKI I PARTNERZY		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DOBCZYCE, 32-410, Rynek 16		
telefon/ telefony:	12 27 13 661		
identyfikator REGON	357071911		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DOBCZYCE, 32-410, Rynek 16		
telefon/ telefony	122713661		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 123		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Katarzyna Pałka		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STARY SĄCZ, 33-340, ul. Królowej Jadwigi 20		
telefon/ telefony:	18 44 61 172		
identyfikator REGON	490818471		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STARY SĄCZ, 33-340, Królowej Jadwigi 20		
telefon/ telefony	18 44 61 172		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 124		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	12 63 84 099; 12 63 82 377		
identyfikator REGON	357047628		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-147, Na Błonie 1		
telefon/ telefony	728821631		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 125		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	12 63 84 455		
identyfikator REGON	357065402		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-308, NAŁKOWSKIEGO 1		
telefon/ telefony	601442110		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 126		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Maria Bednarz		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEDLCE, 33-322, 228		
telefon/ telefony:	18 44 17 504		
identyfikator REGON	491982534		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Maria Bednarz		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEDLCE, 33-322, 228		
telefon/ telefony	184417504		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 127		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	32 64 28 413		
identyfikator REGON	357072980		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KLUCZE, 32-310, Zawierciańska 14		
telefon/ telefony	326428413		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 128		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"PULS ADAM I BEATA RAUK SPÓŁKA JAWNA"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ANDRYCHÓW, 34-120, ul. Krakowska 140A		
telefon/ telefony:	33 8757601		
identyfikator REGON	851730975		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Praktyka Lekarza Rodzinnego w Andrychowie		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ANDRYCHÓW, 34-120, Krakowska 140a		

telefon/ telefony	338757601		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Praktyka Lekarza Rodzinnego w Roczynach		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ROCZYNY, 34-120, Bielska 87		
telefon/ telefony	338702749		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 129		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PABIMED" S.C. PRZEMYSŁAW BIEDROŃ, GRZEGORZ BIEDROŃ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-218, ul. Królowej Jadwigi 203		
telefon/ telefony:	126254444		
identyfikator REGON	357073330		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza rodzinnego		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-218, Królowej Jadwigi 203		
telefon/ telefony	126254444		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 130		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PORADNIA PEDIATRYCZNO-INTERNISTYCZNA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MYŚLENICE, 32-400, ul. Szpitalna 2A		
telefon/ telefony:	12 27 30 259		
identyfikator REGON	357066525		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Pediatryczno-Internistyczna		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MYŚLENICE, 32-400, Szpitalna 2A		
telefon/ telefony	122730259		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 131		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GRÓDMED BULZAK, CISZKOWSKA. SPÓŁKA PARTNERSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRÓDEK NAD DUNAJCEM, 33-318, 170		
telefon/ telefony:	18 44 01 444		
identyfikator REGON	491984220		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza rodzinnego		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRÓDEK NAD DUNAJCEM, 33-318, 170		
telefon/ telefony	184401444		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 132		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	BOGUSŁAWA WARCHOŁ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁUŻNA, 38-322, 609		
telefon/ telefony:	18 354 30 44		
identyfikator REGON	491983746		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej "SALUS"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁUŻNA, 38-322, 609		
telefon/ telefony	18 354 30 44		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 133		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	18 26 42 021		
identyfikator REGON	491984958		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ORAWSKIE CENTRUM ZDROWIA W JABŁONCE		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JABŁONKA, 34-480, 3 MAJA 7		
telefon/ telefony	182642022		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 134		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Małgorzata Nowak Praktyka Lekarza Rodzinnego		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PALEŚNICA, 32-842, 109		
telefon/ telefony:	14 66 54 106		
identyfikator REGON	851750080		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia (gabinet) podstawowej opieki zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PALEŚNICA, 32-842, 109		
telefon/ telefony	146654106		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu	21.04.2021		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 135		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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 Urocze 2		
telefon/ telefony:	12 64 42 755		
identyfikator REGON	357053600		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej OSIEDLE UROCZE		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-952, OS. UROCZE 2		
telefon/ telefony	12 64 42 755		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 136		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	12 37 11 900		
identyfikator REGON	357066956		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Lekarska Diamed Sp. z o.o. - Punkt Szczepień		**1**

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-695, A. Schweitzera 7		
telefon/ telefony	503088166		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Lekarska Diamed Sp. z o.o. - Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, Trąbki 430		
telefon/ telefony	503088166		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 137		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	18 26 23 046		
identyfikator REGON	491984929		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KROŚCIENKO NAD DUNAJCEM, 34-450, Esperanto 2		
telefon/ telefony	182623046		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 138		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	33 84 88 823		
identyfikator REGON	357091167		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	POLANKA WIELKA, 32-607, DŁUGA 3		
telefon/ telefony	338488823		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 139		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"WOJNICKIE CENTRUM MEDYCZNE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOJNICZ, 32-830, ul. Rolnicza 3		
telefon/ telefony:	14 67 90 308		
identyfikator REGON	851732773		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Wojnickie Centrum Medyczne Sp. z o.o. NZOZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOJNICZ, 32-830, Rolnicza 3		
telefon/ telefony	146790308		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 140		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNA RODZINNA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-352, ul. Włodzimierza Tetmajera 2		
telefon/ telefony:	12 63 84 956		
identyfikator REGON	364523434		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet ogólny lekarza rodzinnego		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-352, Włodzimierza Tetmajera 2		
telefon/ telefony	126384956		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNA RODZINNA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-352, Tetmajera 2		
telefon/ telefony	126384956		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 141		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Przeciszowie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRZECISZÓW, 32-641, ul. Długa 4		
telefon/ telefony:	33 84 13 278		
identyfikator REGON	357087444		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PRZYCHODNIA PRZECISZÓW		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRZECISZÓW, 32-641, DŁUGA 4		
telefon/ telefony	338413278		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 142		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W BIAŁYM DUNAJCU		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁY DUNAJEC, 34-425, ul. Jana Pawła II 201		
telefon/ telefony:	18 20 73 591		
identyfikator REGON	491984964		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SAMODZIELNY GMINNY OSRODEK ZDROWIA W BIAŁYM DUNAJCU		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁY DUNAJEC, 34-425, JANA PAWŁA II 201		
telefon/ telefony	18 20-735 91		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 143		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	12 28 20 401		
identyfikator REGON	357101150		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRZESZOWICE, 32-065, Legionów Polskich 30		
telefon/ telefony	122820287		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - KRZESZOWICE		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRZESZOWICE, 32-065, ul. Szkolna 7		
telefon/ telefony	600585933		
Data dodania do wykazu	28.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 144		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	124153100		
identyfikator REGON	357078830		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-214, Bałtycka 3		
telefon/ telefony	124153100		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 145		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	182656144		
identyfikator REGON	491991131		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej WOZ w Leśnicy-Groniu Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LEŚNICA, 34-406, Szkolna 3		
telefon/ telefony	18 26 561 44/ 18 26 348 38		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 146		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKALE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKAŁA, 32-043, ul. Słomnicka 69		
telefon/ telefony:	12 38 91 005		
identyfikator REGON	357046706		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Przychodnia Rejonowa w Skale		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKAŁA, 32-043, ul.Słomnicka 69		
telefon/ telefony	123890000		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Ośrodek Zdrowia w Cianowicach		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CIANOWICE, 32-043, ul. Krakowska 250		
telefon/ telefony	660 724 045		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 147		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	12 63 72 568, 12 63 72 971		
identyfikator REGON	357077859		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-053, KRONIKARZA GALLA 24		
telefon/ telefony	126372971		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 148		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SPÓŁKA LEKARSKA NA KOZŁÓWCE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-664, ul. Na Kozłówce 29		
telefon/ telefony:	12 65 81 611		
identyfikator REGON	357077658		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-664, Na Kozłówce 29		
telefon/ telefony	126581611		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-552, Wielicka 76 b		
telefon/ telefony	12 65 81 611		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 149		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	LUB-MED OLGA CZARNECKA-MIRGOS, TOMASZ MIRGOS S.C.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LUBIEŃ, 32-433, 475		
telefon/ telefony:	18 26 82 012		
identyfikator REGON	357095142		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LUBIEŃ, 32-433, 475		
telefon/ telefony	182682012		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 150		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SUŁOSZOWEJ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUŁOSZOWA, 32-045, ul. Bankowa 6		
telefon/ telefony:	12 38 96 054		
identyfikator REGON	357101894		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUKNT SZCZEPIEŃ		**1**

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUŁOSZOWA, 32-045, BANKOWA 6		
telefon/ telefony	123896054		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 151		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W NOWYM WIŚNICZU		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY WIŚNICZ, 32-720, ul. Podzamcze 4		
telefon/ telefony:	14 61 28 792, 14 61 28 755		
identyfikator REGON	851763101		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Rejonowa w Nowym Wiśniczu		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY WIŚNICZ, 32-720, Podzamcze 4		
telefon/ telefony	146128792		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Królówce		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRÓLÓWKA, 32-722, Królówka 356		
telefon/ telefony	146129477		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 152		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LISZKACH		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LISZKI, 32-060, 427		
telefon/ telefony:	12 28 06 009		
identyfikator REGON	357102310		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LISZKACH		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LISZKI, 32-060, 427		
telefon/ telefony	123067077		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 153		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYK" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUCHA BESKIDZKA, 34-200, ul. Adama Mickiewicza 56		
telefon/ telefony:	33 8741833		
identyfikator REGON	357101701		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUCHA BESKIDZKA, 34-200, Mickiewicza 56		
telefon/ telefony	338741833		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 154		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W TRZYCIĄŻU		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TRZYCIĄŻ, 32-353, ul. Zdrowa 6		
telefon/ telefony:	12 38 94 023		
identyfikator REGON	357108301		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TRZYCIĄŻ, 32-353, Zdrowa 6		
telefon/ telefony	123894023		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 155		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁOSOSINIE DOLNEJ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOSOSINA DOLNA, 33-314, 170		
telefon/ telefony:	18 444800		
identyfikator REGON	491992834		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁOSOSINIE DOLNEJ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOSOSINA DOLNA, 33-314, 170		
telefon/ telefony	184448008		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 156		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	KLIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-898, ul. ks. Jerzego Popiełuszki 42		
telefon/ telefony:	126585808		
identyfikator REGON	357082582		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Stary Bieżanów"		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-898, Henryka Sucharskiego 62		
telefon/ telefony	126585808		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 157		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRZYCHODNIA NA WZGÓRZACH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-721, os. Na Wzgórzach 1		
telefon/ telefony:	12 68 14 727		
identyfikator REGON	357087421		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień-Przychodnia na Wzgórzach		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-721, Na Wzgórzach 1		
telefon/ telefony	12 68 14 727		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 158		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GMINNE CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH W LISIEJ GÓRZE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LISIA GÓRA, 33-140, ul. Henryka Sucharskiego 3 A		
telefon/ telefony:	14 67 85 277; 14 67 84 999		
identyfikator REGON	851777899		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PORADNIA LEKARZA POZ		**1**

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LISIA GÓRA, 33-140, SUCHARSKIEGO 3A		
telefon/ telefony	146784999		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PORADNIA LEKARZA POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STARE ŻUKOWICE, 33-151, 125		
telefon/ telefony	146786608		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 159		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DĄBROWA TARNOWSKA, 33-200, ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 23		
telefon/ telefony:	14 64 22 405		
identyfikator REGON	851777155		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Miejska Przychodnia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DĄBROWA TARNOWSKA, 33-200, Piłsudskiego 23		
telefon/ telefony	146422405		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 160		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Oświęcimiu		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Garbarska 1		
telefon/ telefony:	33 8444295		
identyfikator REGON	357138472		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Rejonowa Nr 1 - PUNKT SZCZEPIEŃ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŚWIĘCIM, 32-600, Żwirki i Wigury 5		
telefon/ telefony	694939150		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Rejonowa Nr 2 - PUNKT SZCZEPIEŃ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŚWIĘCIM, 32-600, Czecha 2		
telefon/ telefony	694939150		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Rejonowa Nr 3 - PUNKT SZCZEPIEŃ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŚWIĘCIM, 32-600, Słowackiego 1		
telefon/ telefony	694939150		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Rejonowa Nr 4 - PUNKT SZCZEPIEŃ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŚWIĘCIM, 32-600, Garbarska 1		
telefon/ telefony	694939150		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 5		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Oświęcimiu		**4**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Chemików 4		
telefon/ telefony	797355518		
Data dodania do wykazu	23.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 161		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZIEMIAŃSCY SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABKA-ZDRÓJ, 34-700, ul. Jana Pawła II 26		
telefon/ telefony:	18 26 76 929		
identyfikator REGON	492813288		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia medycyny rodzinnej NIEPUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZIEMIAŃSCY SPÓŁKA JAWNA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABKA-ZDRÓJ, 34-700, Podhalańska 21D		
telefon/ telefony	182676915		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 162		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ERDA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-898, ul. Michała i Stanisława Jaglarzów 27B		
telefon/ telefony:	602608619		
identyfikator REGON	357139537		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ Przychodnia Zdrowia Bieżanów		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-898, Ks. Jerzego Popiełuszki 42A		
telefon/ telefony	515839898		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 163		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W OSIEKU		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSIEK, 32-608, ul. Starowiejska 175		
telefon/ telefony:	33 84 58 239		
identyfikator REGON	357155186		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSIEK, 32-608, Starowiejska 175		
telefon/ telefony	338458239		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Lekarski w Głębowicach		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GŁĘBOWICE, 32-608, Oświęcimska 8		

telefon/ telefony	338755421		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 164		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	18 3372527		
identyfikator REGON	490524611		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska - Gabinet lekarza POZ		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIMANOWA, 34-600, ul. Piłsudskiego 12		
telefon/ telefony	183372527		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 165		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKRZYSZOWIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKRZYSZÓW, 33-156, 645		
telefon/ telefony:	14 67 45 008		
identyfikator REGON	851800368		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKRZYSZÓW, 33-156, 645		
telefon/ telefony	146745008		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień Ośrodek Zdrowia w Szynwałdzie		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZYNWAŁD, 33-158, Szynwałd 10a		
telefon/ telefony	146742004		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 166		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PLEŚNEJ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PLEŚNA, 33-171, 284		
telefon/ telefony:	14 67 98 110		
identyfikator REGON	851798186		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**4**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PLEŚNA, 33-171, 284		
telefon/ telefony	146798110		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JANOWICE, 33-115, 183		
telefon/ telefony	146799001		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LICHWIN, 33-172, 180A		
telefon/ telefony	146758051		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 167		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W MIECHOWIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIECHÓW, 32-200, ul. Szpitalna 3		
telefon/ telefony:	41 38 20 297		
identyfikator REGON	357180882		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinety Lekarza Ogólnego		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIECHÓW, 32-200, Szpitalna 1F		
telefon/ telefony	413890100		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza Ogólnego		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIECHÓW, 32-200, Szpitalna 3		
telefon/ telefony	41 38 30 290		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 168		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	146330691		
identyfikator REGON	851793929		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Miejska Przychodnia Lekarska Nr I NZOZ Sp. z o.o.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, Chemiczna 12		
telefon/ telefony	146330691		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 169		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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. Wałowa 22		
telefon/ telefony:	14 68 89 022		
identyfikator REGON	851793065		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, Wałowa 22		
telefon/ telefony	146889020		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 170		szczepienie personelu	szczepienie 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/ telefony:	14 68 88 184		
identyfikator REGON	851794099		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, Osiedle Niepodległości 3A		
telefon/ telefony	146888185		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	MIEJSKA PRZYCHODNIA LEKARSKA NR IV NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, Osiedle Niepodległości 3A		
telefon/ telefony	146888185		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 171		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, Długa 18		
telefon/ telefony	14 62 42 217		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 172		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, Mostowa 6		
telefon/ telefony	146324231		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zespół Przychodni Sepcjalistycznych Sp. z o.o.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1		
telefon/ telefony	146324257		
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Hala Sportowo Widowiskowa		**6**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, ul. Gumniska 28		
telefon/ telefony	146882576, 146882577		
Data dodania do wykazu	21.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 173		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ KRAKÓW-POŁUDNIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-315, ul. Szwedzka 27		
telefon/ telefony:	122654955		
identyfikator REGON	357182303		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-515, Generała Tadeusza Kutrzeby 4		
telefon/ telefony	122654600		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 174		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza rodzinnego		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, al. Mikołaja Kopernika 7		
telefon/ telefony	182646160		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 175		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Pielęgniarki POZ		**5**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-976, Osiedle Szkolne 9		
telefon/ telefony	126441642		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 176		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	OLSZA 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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW-ŚRÓDMIEŚCIE, 31-435, Radomska 36		
telefon/ telefony	124112644		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 177		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Jagiellońskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. - Punkt Szczepień		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-832, Osiedle Jagiellońskie 1		
telefon/ telefony	728427285		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 178		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ "PRAKTIMED" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-422, ul. Strzelców 15		
telefon/ telefony:	12 41 14 124; 41 13 382		
identyfikator REGON	357180340		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień NZOZ "PRAKTIMED" Sp. z o. o.		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-422, Strzelców 15		
telefon/ telefony	124114124		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 179		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CM UNIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-131, ul. Młodej Polski 7		
telefon/ telefony:	12 415 81 12		
identyfikator REGON	357197049		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia domowego leczenia tlenem		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-131, Młodej Polski 7		
telefon/ telefony	12415812		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 180		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	KLINIKA KRAKOWSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-322, ul. Józefa Mehoffera 6		
telefon/ telefony:	0126383818		
identyfikator REGON	351385436		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW-KROWODRZA, 31-322, Józefa Mehoffera 6		
telefon/ telefony	126383818		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-350, Zachodnia 5/12A		
telefon/ telefony	122676260		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 181		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Kozłówek Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-664, ul. Na Kozłówce 29		
telefon/ telefony:	12 6502016		
identyfikator REGON	357206363		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-664, NA KOZŁÓWCE 29		
telefon/ telefony	126502016		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-664, NA KOZŁÓWCE 29		
telefon/ telefony	126502026		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 182		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	32 21 11 566, 21 10 005		
identyfikator REGON	357201615		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Rejonowo-Specjalistyczna Nr 2		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZESZCZE, 32-620, Piłsudskiego 6		
telefon/ telefony	32 21 10 005		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 183		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	12 25 74 025		
identyfikator REGON	356657365		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ - Niemcewicza		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-424, Juliana Ursyna Niemcewicza 7		
telefon/ telefony	122662710		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarzy Rodzinnych Borek Fałecki filia Raciborska		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-324, ul. Raciborska 17		
telefon/ telefony	122573885		
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 184		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"MEDBUK" spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BUKOWNO, 32-332, ul. Zwycięstwa 9		
telefon/ telefony:	32 64 21 033 32 64 60 303		
identyfikator REGON	357078920		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BUKOWNO, 32-332, Zwycięstwa 9		
telefon/ telefony	32 64 21 033		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 185		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"CHIRAMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABKA-ZDRÓJ, 34-700, ul. Orkana 20b		
telefon/ telefony:	18 267 67 54		
identyfikator REGON	492027058		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medyczne w Tymbarku Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TYMBARK, 34-650, 315		
telefon/ telefony	183325220		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 186		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	32 64 74 030		
identyfikator REGON	357216261		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Opieki Medycznej ESKULAP - PUNKT SZCZEPIEŃ		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLKUSZ, 32-300, Króla Kazimierza Wielkiego 28		
telefon/ telefony	326474030		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 187		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"OLMED" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLKUSZ, 32-300, ul. Zofii Nałkowskiej 1		
telefon/ telefony:	32 64 33 713		
identyfikator REGON	357108382		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLKUSZ, 32-300, Nałkowskiej 1		
telefon/ telefony	326433795		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 188		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	18 44 50 352		
identyfikator REGON	492040780		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medyczne KROMED		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRYBÓW, 33-330, Grunwaldzka 7		
telefon/ telefony	184450352		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 189		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	18 35 14 610		
identyfikator REGON	492041029		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOBOWA, 38-350, Węgierska 25		
telefon/ telefony	183514610		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 190		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MK VERTIGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-002, ul. Prądnicka 10		
telefon/ telefony:	126334033		
identyfikator REGON	120056884		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CMC Cracow Medicum Center Poradnia lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-002, Prądnicka 10		
telefon/ telefony	126334033		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 191		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	VIRTUSON SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, ul. Wojska Polskiego 14		
telefon/ telefony:	18 26 62 148		
identyfikator REGON	492045323		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza rodzinnego		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, Wojska Polskiego 14		
telefon/ telefony	182662148		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		

Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, Marii Pajerskiej 8A		
telefon/ telefony	185491666		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OCHOTNICA GÓRNA, 34-453, os. Zawady 205		
telefon/ telefony	182624111		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁĘTOWNIA, 34-242, 269		
telefon/ telefony	182773005		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 192		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	32 64 41 029		
identyfikator REGON	357208244		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza Rodzinnego		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOLBROM, 32-340, Skalska 22		
telefon/ telefony	326441029		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 193		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	12 64 49 520, 12 64 41 756		
identyfikator REGON	357186666		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	"Pro-med" Sp. z o. o. PUNKT SZCZEPIEŃ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-909, os. Na Skarpie 6		
telefon/ telefony	126441756		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 194		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	TOMASZ LISIK		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZALOWA, 38-331, 419		
telefon/ telefony:	18 35 23 023		
identyfikator REGON	492009379		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Samodzielny Niepubliczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Szalowej Lisik Tomasz		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZALOWA, 38-331, 419		
telefon/ telefony	183523023		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 195		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "BOMED" SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY MEDYCYNY: ŁUCYNY BRONIEK I ARKADIUSZA JAGŁY		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOBOWA, 38-350, ul. św. Zofii 4		
telefon/ telefony:	18 35 14 444		
identyfikator REGON	492044619		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOBOWA, 38-350, Św.Zofii 4		
telefon/ telefony	183514444		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 196		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	41 35 14 010		
identyfikator REGON	357216628		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOSZYCE, 32-130, Moniuszki 11		
telefon/ telefony	413514010		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 197		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRZYCHODNIA LEKARSKA "MEDYCYNA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ALWERNIA, 32-566, ul. Zbigniewa Gęsikowskiego 16		
telefon/ telefony:	12 28 31 168, 12 28 32 167		
identyfikator REGON	357207173		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PRZYCHODNIA MIEJSKA W ALWERNI		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ALWERNIA, 32-566, GĘSIKOWSKIEGO 16		
telefon/ telefony	122832167		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 198		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	12 63 75 370		
identyfikator REGON	357206050		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej		**1**

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-131, Młodej Polski 7		
telefon/ telefony	126375370		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 199		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	18 26 40 040		
identyfikator REGON	492045530		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medycyny Rodzinnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, Szaflarska 93 C		
telefon/ telefony	182640040		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 200		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	14 62 26 012		
identyfikator REGON	851982062		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w Zabawie		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZABAWA, 33-133, Bł. Karoliny Kózkówny 83/1		
telefon/ telefony	146226012		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 201		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ESKULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLKUSZ, 32-300, ul. Króla Kazimierza Wielkiego 110		
telefon/ telefony:	32 6470105		
identyfikator REGON	357226874		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLKUSZ, 32-300, Króla Kazimierza Wielkiego 110		
telefon/ telefony	326470105		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 202		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	12 26 96 141		
identyfikator REGON	357067039		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-315, Szwedzka 27		
telefon/ telefony	12 26 96 141		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 203		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GALL - MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-053, ul. Kronikarza Galla 25		
telefon/ telefony:	12 29 47 011		
identyfikator REGON	357209640		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-053, Kronikarza Galla 25		
telefon/ telefony	122947011		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 204		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	122761957		
identyfikator REGON	357223456		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKAWINA, 32-050, Ks.J.Popiełuszki 2a		
telefon/ telefony	122761957		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 205		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "BOMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRYBÓW, 33-330, ul. Kościuszki 17		
telefon/ telefony:	18 4452167		
identyfikator REGON	492047078		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "BOMED" Sp. z o.o.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRYBÓW, 33-330, Kościuszki 17		
telefon/ telefony	184450310		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 206		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SALUBRIS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TUCHÓW, 33-170, ul. Zielona 15		
telefon/ telefony:	14 65 30 015		
identyfikator REGON	851803964		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RZEPIENNIK STRZYŻEWSKI, 33-163, 396		
telefon/ telefony	515515509		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SALUBRIS ODDZIAŁ TUCHÓW		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TUCHÓW, 33-170, Zielona 15		
telefon/ telefony	146523301		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 207		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"Centrum Zdrowia Zakliczyn" spółka cywilna Jerzy Woźniak, Paula Kołodziej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAKLICZYN, 32-840, ul. Tarnowska 2		
telefon/ telefony:	14 6653999		
identyfikator REGON	852486721		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Centrum Zdrowia"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAKLICZYN, 32-840, Tarnowska 2		
telefon/ telefony	146653999		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 208		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Paweł Grzywacz		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, ul. Długa 100		
telefon/ telefony:	+48604583864		
identyfikator REGON	070854294		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	LASERMED		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, Krzywa 17		
telefon/ telefony	188880200		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	LASERMED - Gabinet zabiegowy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, Krzywa 17		
telefon/ telefony	188880200		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 209		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA ZDROWIA W SŁOMNIKACH		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SŁOMNIKI, 32-090, ul. św. Jadwigi Królowej 2		
telefon/ telefony:	12 38 81 267		
identyfikator REGON	357372498		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Zdrowia w Słomnikach		**11**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SŁOMNIKI, 32-090, św. Jadwigi Królowej 2		
telefon/ telefony	123882999		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 210		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ZBIGNIEW LIPTAK NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ KOSSOWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 34-114, ul. Ceglarska 19C		
telefon/ telefony:	33 879 20 06		
identyfikator REGON	356284177		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOSSOWA, 34-114, 15		
telefon/ telefony	338792006		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 211		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GABINET LEKARSKI KRYSTYNA KOCAŃDA-ŁAPCZYŃSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MANIOWY, 34-436, ul. Juliusza Słowackiego 5		
telefon/ telefony:	18 2751886		
identyfikator REGON	387407078		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Praktyka Lekarza Rodzinnego GABINET LEKARSKI KRYSTYNA KOCAŃDA-ŁAPCZYŃSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DĘBNO, 34-434, Długa 76		
telefon/ telefony	182751886		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 212		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	12 27 04 899		
identyfikator REGON	357246776		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza Rodzinnego		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŚWIĄTNIKI GÓRNE, 32-040, Krakowska 2		
telefon/ telefony	122704899		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 213		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	14 64 56 557		
identyfikator REGON	852481706		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Rejonowa w Żabnie		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻABNO, 33-240, al. Piłsudskiego 7		
telefon/ telefony	146456570		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gminny Ośrodek Zdrowia w Wietrzychowicach		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIETRZYCHOWICE, 33-270, 2		

telefon/ telefony	0146418008		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Wiejski Ośrodek Zdrowia Niedomice z siedzibą w Ilkowicach		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ILKOWICE, 33-132, Złota Góra 9		
telefon/ telefony	0146457111		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 214		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Stanisław Szot		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOBIN, 32-100, 91		
telefon/ telefony:	12 38 66 555		
identyfikator REGON	357210940		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Leczniczo-Profilaktyczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ASKLEPIOS"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOBIN, 32-100, 91		
telefon/ telefony	123866555		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 215		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	14 62 76 075, 14 62 13 848		
identyfikator REGON	010649508		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, Plac Dworcowy 6		
telefon/ telefony	146276075 146213848		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 216		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MAREK LEWEK Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia w Szymbarku		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZYMBARK, 38-311, 574		
telefon/ telefony:	18 35 13 162		
identyfikator REGON	492700740		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia Szymbark		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZYMBARK, 38-311, 574		
telefon/ telefony	183513162		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 217		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	12 63 30 363		
identyfikator REGON	357887140		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-033, Henryka Sienkiewicza 34		
telefon/ telefony	12 63 30 363		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 218		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MEDICUM PETLIC LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWODWORZE, 33-112, 70		
telefon/ telefony:	14 67 95 124		
identyfikator REGON	852507469		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICUM" Petlic L.s.p. Ośrodek Zdrowia w Nowodworzu		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWODWORZE, 33-112, 70		
telefon/ telefony	14 67 95 124		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICUM" Petlic L.s.p. Ośrodek Zdrowia w Woli Rzędzińskiej		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOLA RZĘDZIŃSKA, 33-150, 184a		
telefon/ telefony	14 67 92 194		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 219		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"PRZYCHODNIA" E.MACIOŁ SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABKA-ZDRÓJ, 34-700, ul. Poniatowskiego 6		
telefon/ telefony:	18 2676515		
identyfikator REGON	492712140		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Medycyny Rodzinnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABKA - ZDRÓJ, 34-700, Poniatowskiego 6		
telefon/ telefony	182676515		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 220		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	18 35 41 885		
identyfikator REGON	492722427		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MOSZCZENICA, 38-321, Gorlicka 185		
telefon/ telefony	183541885		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 221		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Praktyka lekarza rodzinnego		**1**
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		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet zabiegowy		**1**
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		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
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		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy		**1**
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		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"ARS MEDICA" SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY GRZEGORZA ORCHELA I ROBERTA TENEROWICZA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GORLICE, 38-300, ul. Władysława Jagiełły 10		
telefon/ telefony:	18 3536597		
identyfikator REGON	492728329		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarski POZ		**1**
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		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BARCICE, 33-342, 422		
telefon/ telefony	501527560		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		**1**
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		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WIELOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELOGŁOWY, 33-311, 45		
telefon/ telefony:	18 44 32 510		
identyfikator REGON	365469027		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza internisty		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELOGŁOWY, 33-311, 45		
telefon/ telefony	184432510		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 228		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	HARAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SPYTKOWICE, 34-745, 26		
telefon/ telefony:	18 26 88 581		
identyfikator REGON	383415767		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Medycyny Rodzinnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SPYTKOWICE, 34-745, 26		
telefon/ telefony	182688581		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 229		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	NZOZ Danuta Mrażek		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KASINKA MAŁA, 34-734, 822		
telefon/ telefony:	18 33 13 031		
identyfikator REGON	490055702		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza POZ Kasinka Mała MEDYCYNA RODZINNA		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KASINKA MAŁA, 34-734, 822		
telefon/ telefony	183313031		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza POZ Raba Niżna MEDYCYNA RODZINNA		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABA NIŻNA, 34-730, 218		
telefon/ telefony	183316060		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 230		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	18 26 57 010		
identyfikator REGON	385260547		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PORADNIA LEKARZA POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PIEKIELNIK, 34-472, 129 C		
telefon/ telefony	182639099		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 231		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Elżbieta Zielińska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SĘKOWA, 38-307, 323		
telefon/ telefony:	18 35 18 092		
identyfikator REGON	492828901		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	nzoz Sękowa		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SĘKOWA, 38-307, 323		
telefon/ telefony	183518092		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 232		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	BEATA BRYJA, HUBERT BRYJA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KLIKUSZOWA, 34-404, 40 A		
telefon/ telefony:	18 2651424		
identyfikator REGON	492828019		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Medycyny Rodzinnej		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KLIKUSZOWA, 34-404, 40a		
telefon/ telefony	182651424		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 233		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GMINIE NOWY TARG MAŁGORZATA KOZIOŁ, MICHALINA ŚLEMP, IRENA GROMNICKA-JOPEK SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LUDŹMIERZ, 34-471, ul. Podhalańska 2		
telefon/ telefony:	18 26 55 524		
identyfikator REGON	492836852		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Praktyka Lekarza Rodzinnego w Ludźmierzu		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LUDŹMIERZ, 34-471, Podhalańska 2		
telefon/ telefony	182655524		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Praktyka Lekarza Rodzinnego w Ostrowsku		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTROWSKO, 34-431, Za Potokiem 2		
telefon/ telefony	182653923		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Praktyka Lekarza Rodzinnego w Nowej Białej		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWA BIAŁA, 34-433, Główna 5		
telefon/ telefony	182851323		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Praktyka Lekarza Rodzinnego w Gronkowie		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRONKÓW, 34-400, 207		
telefon/ telefony	182656037		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 234		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM MEDYCYNY RODZINNEJ GNOJNIK I SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GNOJNIK, 32-864, 537		
telefon/ telefony:	14 68 69 965		
identyfikator REGON	120046070		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medycyny Rodzinnej Gnojnik		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GNOJNIK, 32-864, 537		
telefon/ telefony	146869965		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 235		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDIC S.C.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TYLMANOWA, 34-451, os. Bliszcze 223		
telefon/ telefony:	18 262 50 26		
identyfikator REGON	492836438		

Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia ogólna		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TYLMANOWA, 34-451, os. Bliszcze 223		
telefon/ telefony	182625026		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 236		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	13 4470044		
identyfikator REGON	369230636		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zakład Opieki Zdrowotnej "Lege ARTIS"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIECZ, 38-340, Przedmieście Dolne 167		
telefon/ telefony	134470044		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 237		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PROMED P.ŁACH R.GŁOWACKI SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-513, ul. Olszańska 5G		
telefon/ telefony:	0126498552		
identyfikator REGON	356678232		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medyczne Promed		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-411, Nad Strugą 7		
telefon/ telefony	124151101		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 238		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szerzynach		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZERZYNY, 38-246, 26		
telefon/ telefony:	14 65 17 268		
identyfikator REGON	370477936		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza podstawowej opieki zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZERZYNY, 38-246, 26		
telefon/ telefony	146517268		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 239		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	12 27 87 375		
identyfikator REGON	351197769		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Leczenia i Rehabilitacji		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, Park Kingi 1 budynek I		
telefon/ telefony	122787368		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych "Regis"		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, ul. Plac Kościuszki 9		
telefon/ telefony	122787512		
Data dodania do wykazu	28.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 240		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	12 63 38 828		
identyfikator REGON	356595635		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	"TWÓJ LEKARZ" - LEKARZE SPÓŁKA PARTNERSKA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-135, STEFANA BATOREGO 3		
telefon/ telefony	+48126338828		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 241		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	EMANUEL KAPAŁA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PAŁECZNICA, 32-109, ul. Francuska 10		
telefon/ telefony:	413848006		
identyfikator REGON	072705368		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PAŁECZNICA, 32-109, Francuska 10		
telefon/ telefony	413848006		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 242		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Izabela Wróblewska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZABORÓW, 32-821, 90		
telefon/ telefony:	14 671 52 52		
identyfikator REGON	852530178		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Izabela Wróblewska - Poradnia Medycyny Rodzinnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZABORÓW, 32-821, 90		
telefon/ telefony	146715252		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 243		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Anna Maria Trawińska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKAWICA, 34-221, 448		
telefon/ telefony:	33 87 75 313		
identyfikator REGON	852544588		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Skawicy Anna Trawińska		**1**

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKAWICA, 34-221, 448		
telefon/ telefony	338775313		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 244		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	18 44 61 171		
identyfikator REGON	492910442		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Starosądecki Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ESKULAP" Sp. z o.o.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STARY SĄCZ, 33-340, Królowej Jadwigi 20		
telefon/ telefony	662576288		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 245		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"HIPOKRATES" S.KRÓLICKI-J.ŚLIFIRSKI SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KĘTY, 32-650, ul. Henryka Sienkiewicza 13		
telefon/ telefony:	33 84 75 800		
identyfikator REGON	356755464		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ "HIPOKRATES"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KĘTY, 32-650, Henryka Sienkiewicza 13		
telefon/ telefony	33 84 75 800		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 246		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	18 47 77 819		
identyfikator REGON	492933874		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	GABINET LEKARZA POZ		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MUSZYNA, 33-370 , ZEFIRKA 6		
telefon/ telefony	184777819		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 247		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Halina Szczerbińska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	IWKOWA, 32-861, 609		
telefon/ telefony:	14 68 44 310		
identyfikator REGON	850123397		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	IWKOWA, 32-861, 458		
telefon/ telefony	146844310		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 248		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Barbara Szczodrowska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁĄCKO, 33-390, 565		
telefon/ telefony:	18 4446666		
identyfikator REGON	490717267		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej NZOZ - Praktyka Lekarza Rodzinnego Barbara Szczodrowska		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁĄCKO, 33-390, 662		
telefon/ telefony	184446666		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 249		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ MEDYK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZUROWA, 32-820, ul. Rynek 1		
telefon/ telefony:	14 67 14 777		
identyfikator REGON	122598744		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ MEDYK Sp.z o.o.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZUROWA, 32-820, Rynek 1		
telefon/ telefony	146714777		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 250		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	126654285		
identyfikator REGON	356820380		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-236, al. 29 Listopada 178A		
telefon/ telefony	126654285		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 251		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZY BASENIE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ANDRYCHÓW, 34-120, al. Aleja Adama Wietrznego 3		
telefon/ telefony:	338704990		
identyfikator REGON	356819365		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PRZY BASENIE" Sp. z o.o.		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ANDRYCHÓW, 34-120, Aleja Adama Wietrznego 3		
telefon/ telefony	338704990		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 252		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	Mirosław Lejawka NZOZ MIROMED Poradnia Medycyny Rodzinnej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JURKÓW, 32-860, 379/3		
telefon/ telefony:	14 68 42 202		
identyfikator REGON	850525316		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza Rodzinnego		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JURKÓW, 32-860, 379/3		
telefon/ telefony	146842202		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 253		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Dariusz Drożdż "DARMED"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CZCHÓW, 32-860, ul. Sądecka 183		
telefon/ telefony:	14 68 43 090		
identyfikator REGON	851701850		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "DARMED"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CZCHÓW, 32-860, Sądecka 183		
telefon/ telefony	146843090		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia medycyny rodzinnej w Czchowie Filia w Złotej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZŁOTA, 32-859, -		
telefon/ telefony	146639009		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 254		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ESKULAP MAŁGORZATA KLIMCZAK, KRYSTIAN KWAŚNIOWSKI SPÓŁKA CYWILNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZAWNICA, 34-460, ul. Jana Wiktora 17 A		
telefon/ telefony:	18 26 22 219		
identyfikator REGON	492952050		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ESKULAP" s.c.		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZAWNICA, 34-460, Jana Wiktora 17a		
telefon/ telefony	182622219		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 255		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	FIZJOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKRZYDLNA, 34-625, 287		
telefon/ telefony:	69 40 84 052		
identyfikator REGON	492951576		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZYRZYC, 34-623, 188		
telefon/ telefony	183320400		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 256		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CERTUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MYŚLENICE, 32-400, ul. Drogowców 5		
telefon/ telefony:	12 27 25 670		
identyfikator REGON	356858796		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "CERTUS" filia w Myślenicach ul. Jagiełły 1		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MYŚLENICE, 32-400, Władysława Jagiełły 1		
telefon/ telefony	123127120		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "CERTUS"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MYŚLENICE, 32-400, Drogowców 5		
telefon/ telefony	122725670		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 257		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	DOCTUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MYŚLENICE, 32-400, ul. Słoneczna 32		
telefon/ telefony:	12 27 24 650		
identyfikator REGON	356868524		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	DOCTUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MYŚLENICE, 32-400, Szpitalna 2		
telefon/ telefony	531161255		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 258		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	32 61 34 963		
identyfikator REGON	351369012		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy nr 1		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BABICE, 32-551, JANA GOŁĄBA 1		
telefon/ telefony	326134101		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PSARY, 32-545, WSPÓLNA 6		
telefon/ telefony	326115105		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 259		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	Wiesław Dudziński		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTRÓW, 33-122, 77		
telefon/ telefony:	505 132 102		
identyfikator REGON	850265536		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej INMED		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEDLISKA, 33-172, 231A		
telefon/ telefony	146527200		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 260		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 02-676, ul. Postępu 21 C		
telefon/ telefony:	224504500		
identyfikator REGON	140723603		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**4**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-392, Opolska 114		
telefon/ telefony	223322888		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-418, Księdza Józefa Tischnera 8		
telefon/ telefony	223322888		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-415, Wadowicka 8W		
telefon/ telefony	223322888		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-216, Andrzeja Frycza-Modrzewskiego 2		
telefon/ telefony	223322888		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 261		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	32 7549411		
identyfikator REGON	276223418		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ELVITA NZOZ GÓRNICZY ZAKŁAD LECZNICTWA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIBIĄŻ, 32-590, GÓRNICZA 5		
telefon/ telefony	32 624 21 36, 32 627 04 51		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŚWIĘCIM, 32-600, Chemików 5		
telefon/ telefony	33 8449381		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TRZEBINIA, 32-540, HARCERSKA 13		
telefon/ telefony	32 6121002		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 262		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Poliklinika w Krakowie SPZOZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3		
telefon/ telefony:	+48 12 63 08 301		
identyfikator REGON	351506868		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień - Garnizonowy Ośrodek Szkolenia Sportowego	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-901, ul.Rakowicka 22		
telefon/ telefony	48126308323		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień - Garnizonowy Ośrodek Szkolenia Sportowego		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-901, ul.Rakowicka 22		
telefon/ telefony	+48126308323		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Garnizonowy Ośrodek Szkolenia Sportowego		**4**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-901, ul.Rakowicka 22		
telefon/ telefony	126308324		
Data dodania do wykazu	22.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 263		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	INSTYTUT GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 01-138, ul. Płocka 26		
telefon/ telefony:	224312428		
identyfikator REGON	000288490		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień INSTYTUT GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABKA-ZDRÓJ, 34-700, ul. Prof. Jana Rudnika 3B		
telefon/ telefony	0182676060		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	INSTYTUT GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABKA-ZDRÓJ, 34-700, ul. Prof. Jana Rudnika 3B	**P**	
telefon/ telefony	0182676060		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 264		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, ul. Parkowa 2.		
telefon/ telefony:	14 628 41 43		
identyfikator REGON	852752594		

Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia medycyny pracy		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, Juliusza Słowackiego 33-37		**1**
telefon/ telefony	14 628 41 83		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Rodzinna nMedica		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, ul. Parkowa 2		**1**
telefon/ telefony	14 628 41 43		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 265		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MEDEA spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MICHAŁOWICE, 32-091, ul. Krakowska 229		
telefon/ telefony:	12 38 85 699		
identyfikator REGON	356878008		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza Rodzinnego		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MICHAŁOWICE, 32-091, Krakowska 229		**1**
telefon/ telefony	123885199		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 266		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Jolanta Wiśniecka -Tyrawa		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, ul. Adama Mickiewicza 10/CD		
telefon/ telefony:	601 426 590		
identyfikator REGON	120020886		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	WIELMED NZOZ Lekarze Rodzinni		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, Adama Mickiewicza 10 c, d		**1**
telefon/ telefony	122890330		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 267		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Krzysztof Niżnik		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIDZINA, 34-236, 797		
telefon/ telefony:	18 26 73 187		
identyfikator REGON	490399710		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKAŁD OPIEKI ZDROWOTNEJ OŚRODEK ZDROWIA W SIDZINIE - Punkt szczepień		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIDZINA, 34-236, 721		**1**
telefon/ telefony	182673187		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 268		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Marek Jaworski		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSIELEC, 34-234, 540		
telefon/ telefony:	18 2773907		
identyfikator REGON	490177820		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Osielcu		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSIELEC, 34-234, 540		**1**
telefon/ telefony	182773907		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 269		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	126262024		
identyfikator REGON	120040222		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zespół Poradni Specjalistycznych w Nowym Sączu		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY SĄCZ, 33-300, Jana Kilińskiego 68		**1**
telefon/ telefony	185400200		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 270		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	18 3534120		
identyfikator REGON	369747492		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ROPA, 38-312, 680		**2**
telefon/ telefony	183534120		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 271		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	EWA BUGAJSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, UL. BOLESŁAWA SZPUNARA 20A		
telefon/ telefony:	601 860 740		
identyfikator REGON	351409906		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, Bolesława Szpunara 20A		**1**
telefon/ telefony	724179020		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 272		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ARKADIUSZ STRUS EUROMED NZOZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, ul. Bolesława Szpunara 19		
telefon/ telefony:	12 27 84 000		
identyfikator REGON	350993122		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, Bolesława Szpunara 19		**1**

telefon/ telefony	122784000		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 273		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MEDIKARTE - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOCHNIA, 32-700, ul. Proszowska 1		
telefon/ telefony:	14 61 05 359		
identyfikator REGON	120209595		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOCHNIA, 32-700, PROSZOWSKA 1		**1**
telefon/ telefony	146105359		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 274		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Zuzanna Rejowska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STARY SĄCZ, 33-340, ul. Mickiewicza 39		
telefon/ telefony:	18 44 63 346		
identyfikator REGON	120213929		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GOŁKOWICE GÓRNE, 33-340, 119		**1**
telefon/ telefony	184463346		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 275		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MIROSŁAWA FRANKOWSKA-MAJCHRZAK I ANNA GALICA SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, os. Wincentego Witosa 12/1		
telefon/ telefony:	18 26 11 758		
identyfikator REGON	120331623		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, Wojska Polskiego 14		**1**
telefon/ telefony	182611758		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 276		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	18 20 77 521		
identyfikator REGON	120321576		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BUKOWINA TATRZAŃSKA, 34-530, Kościuszki 11		**2**
telefon/ telefony	182077201		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PORONIN, 34-520, Józefa Piłsudskiego 101		**1**
telefon/ telefony	182077201		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 277		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	OŚRODEK ZDROWIA - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SZCZUROWEJ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZUROWA, 32-820, ul. Rynek 3		
telefon/ telefony:	14 67 13 131		
identyfikator REGON	120509067		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szczurowej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZUROWA, 32-820, Rynek 3		**2**
telefon/ telefony	146713131		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 278		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"SZPITAL MIEJSKI W RABCE-ZDROJU" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABKA-ZDRÓJ, 34-700, ul. Słoneczna 3		
telefon/ telefony:	18 26 77 001		
identyfikator REGON	120480323		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Izba Przyjęć Szpital w Rabce Punkt Szczepień		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABKA ZDRÓJ, 34-700, ul. Słoneczna 3		**2**
telefon/ telefony	512283247		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 279		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Tadeusz Magiera		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIPINKI, 38-305, 52		
telefon/ telefony:	13 447 70 19		
identyfikator REGON	370131758		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet diagnostyczno - zabiegowy		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRYG, 38-305, 446		**1**
telefon/ telefony	134479003		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 280		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"ZDROWIE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAWOJA, 34-222, 1580		
telefon/ telefony:	33 87 75 003		
identyfikator REGON	120525296		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" Spółka z o.o.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAWOJA, 34-222, 1580		**1**
telefon/ telefony	338775003		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 281		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	CENTRUM ZDROWIA TUCHÓW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TUCHÓW, 33-170, ul. Szpitalna 1		
telefon/ telefony:	14 65 35 100		
identyfikator REGON	120446616		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CENTRUM ZDROWIA TUCHÓW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TUCHÓW, 33-170, ul. Szpitalna 1		
telefon/ telefony	14 65 35 100		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TUCHÓW, 33-170, Kolejowa 8B		
telefon/ telefony	146535101		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIERZCHOSŁAWICE, 33-122, 39B		
telefon/ telefony	533329632		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CIĘŻKOWICE, 33-190, Zdrowa 1		
telefon/ telefony	533329632		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 5		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych w Burzynie		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BURZYN, 33-170, Burzyn 5		
telefon/ telefony	534497529, 536180975		
Data dodania do wykazu	21.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 282		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ROMED" Lucyna Figura		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZYNY, 33-164, 574		
telefon/ telefony:	14 65 32 630		
identyfikator REGON	852536442		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ROMED"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZYNY, 33-164, 574		
telefon/ telefony	146532630		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 283		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	LARMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-548, ul. Lwowska 17/1		
telefon/ telefony:	12 65 63 014		
identyfikator REGON	356871868		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-548, Lwowska 17/1 i 2		
telefon/ telefony	126563014		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 284		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Praktyka Lekarzy Małgorzata Jordan i Ewa Majcherek Jaworska Spółka Cywilna		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOLA RADZISZOWSKA, 32-053, 590		
telefon/ telefony:	12 27 54 123		
identyfikator REGON	120630426		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Praktyka Lekarzy Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia s.c. Wola Radziszowska		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOLA RADZISZOWSKA , 32-053, 590		
telefon/ telefony	122754123		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 285		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Wojciech Sikora		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MAKÓW PODHALAŃSKI, 34-220, ul. 3 Maja 45a		
telefon/ telefony:	18 28 73 225		
identyfikator REGON	492924970		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TOPORZYSKO, 34-240, 250 250		
telefon/ telefony	182873225		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 286		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ PROFAMILIA MARIUSZ PLICHTA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PORĄBKA USZEWSKA, 32-854, 301		
telefon/ telefony:	14 66 56 780		
identyfikator REGON	852528247		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ PROFAMILIA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PORĄBKA USZEWSKA, 32-854, 301		
telefon/ telefony	146656780		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 287		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	QUEEN MEDICINE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-036, ul. Halicka 10		
telefon/ telefony:	0122627878		
identyfikator REGON	120452433		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-476, Bosaków 11		
telefon/ telefony	122627878		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 288		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	COMARCH HEALTHCARE SPÓŁKA AKCYJNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-864, al. Jana Pawła II 39A		
telefon/ telefony:	12 39 44 100		
identyfikator REGON	120652221		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	imed24 Punkt szczepień		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-864, PROF. MICHAŁA ŻYCZKOWSKIEGO 29		
telefon/ telefony	123763131		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 289		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	LESZEK ERB		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JORDANÓW, 34-240, ul. 3 Maja 2A		
telefon/ telefony:	18 26 75 519		
identyfikator REGON	490810950		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia w Jordanowie"		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JORDANÓW, 34-240, 3-go maja 2a		
telefon/ telefony	182675519		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 290		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SPECJALMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DOBCZYCE, 32-410, ul. Zarabie 35C		
telefon/ telefony:	508329635		
identyfikator REGON	120778092		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DOBCZYCE, 32-410, Zarabie 35c		
telefon/ telefony	508329634		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIŚNIOWA, 32-412, 317		
telefon/ telefony	508329634		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RACIECHOWICE, 32-415, 330		
telefon/ telefony	508329634		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KASINKA MAŁA, 34-734, 822		
telefon/ telefony	508329634		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 5		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Specjalmed Sp.z.o.o.		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DOBCZYCE, 32-410, ul. Podgórska 2		
telefon/ telefony	122711284		
Data dodania do wykazu	22.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 291		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Jarosław Zachara		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BORZĘCIN, 32-825, 87B		
telefon/ telefony:	14 68 46 009		
identyfikator REGON	850509056		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BORZĘCIN, 32-825, 87b		
telefon/ telefony	146846009		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 292		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	HOLI-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DĘBNO, 32-852, 380		
telefon/ telefony:	14 66 50 145		
identyfikator REGON	120547582		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	HOLI - MED Sp.z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DĘBNO, 32-852, 380		
telefon/ telefony	146650145		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 293		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	STANISŁAW SYNOWIEC PRZYCHODNIA ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRZESZÓW, 34-206, 217		
telefon/ telefony:	+48338748175		
identyfikator REGON	385188548		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia medycyny rodzinnej		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRZESZÓW, 34-206, 217		
telefon/ telefony	338748175		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 294		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MAREK COGIEL		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LACHOWICE, 34-232, Lachowice 195B		
telefon/ telefony:	33 87 48 012		
identyfikator REGON	070782880		

Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ (NZOZ) PRZYCHODNIA ZDROWIA W LACHOWICACH MAREK COGIEL		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LACHOWICE, 34-232, 195b		
telefon/ telefony	338748012		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 295		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Bożena Małgorzata Polewczyk		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STRYSZAWA, 34-205, 277A		
telefon/ telefony:	33 8747026		
identyfikator REGON	070613886		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia ogólna		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STRYSZAWA, 34-205, 277A		
telefon/ telefony	338747026		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 296		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	EWA JASIŃSKA-KRYCZKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOCMYRZÓW, 32-010, ul. Spółdzielców 3		
telefon/ telefony:	12 64 72 028		
identyfikator REGON	351311461		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ Centrum Medyczne "Gastro-Medical"		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOCMYRZÓW, 32-010, Spółdzielców 3		
telefon/ telefony	126472028		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 297		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	12 281 36 56		
identyfikator REGON	120891316		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	FILIA PRZYCHODNI W PODLĘŻU Z SIEDZIBĄ W PODGRABIU		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NIEPOŁOMICE, 32-005, UL. SPORTOWA 1		
telefon/ telefony	122811317		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Rejonowa w Niepołomicach		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NIEPOŁOMICE, 32-005, UL. J. Korczaka 1		
telefon/ telefony	122811005		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia w Podłężu		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PODŁĘŻE, 32-003, Podłęże 467		
telefon/ telefony	122818999		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia w Zabierzowie Bocheńskim		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZABIERZÓW, 32-007, Zabierzów 468		
telefon/ telefony	122816836		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 298		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	KORMED S.C. Koryczan Leszek, Koryczan Renata		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOLA FILIPOWSKA, 32-065, ul. Stolarska 1.		
telefon/ telefony:	12 28 37 023		
identyfikator REGON	120576840		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej KORMED S.C.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOLA FILIPOWSKA, 32-065, Stolarska 1		
telefon/ telefony	122837023		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 299		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Ficek Magdalena NZOZ OŚRODEK ZDROWIA w Budzowie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BUDZÓW, 34-211, 460		
telefon/ telefony:	33 87 40 008		
identyfikator REGON	356738000		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BUDZÓW, 34-211, 460		
telefon/ telefony	338740008		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 300		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Emka Med mgr Kinga Markowicz		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOSZYCE MAŁE, 33-111, ul. Główna 29		
telefon/ telefony:	14 63 40 030, 14 65 01 111		
identyfikator REGON	850470443		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOSZYCE MAŁE, 33-111, Główna 29		
telefon/ telefony	146501111		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 301		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	LUBOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOCMYRZÓW, 32-010, ul. Wawozowa 2		
telefon/ telefony:	123872081		
identyfikator REGON	121119859		

Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LUBOMED		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOCMYRZÓW, 32-010, Wąwozowa 2		
telefon/ telefony	12 38 72 081		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 302		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE PROMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOLESŁAW, 32-329, ul. Laskowska 4a		
telefon/ telefony:	32 64 24 147		
identyfikator REGON	121269211		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE PROMED Sp. z o. o. Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOLESŁAW, 32-329, LASKOWSKA 4A		
telefon/ telefony	32 64 24 147		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 303		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ESKULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MASZKÓW, 32-095, ul. Królewska 49		
telefon/ telefony:	12 38 84 512		
identyfikator REGON	356352602		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ "ESKULAP" - Przychodnia wielospecjalistyczna		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	IWANOWICE DWORSKIE, 32-095, Jurajska 27		
telefon/ telefony	123884399		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ "ESKULAP" - Rehabilitacja		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MASZKÓW, 32-095, ul. Królewska 49		
telefon/ telefony	123884512		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 304		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ PRZYCHODNIA RODZINNA S.C.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIECHÓW, 32-200, ul. Juliusza Słowackiego 13		
telefon/ telefony:	41 383 45 45		
identyfikator REGON	121332843		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Rodzinna s.c.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIECHÓW, 32-200, Juliusza Słowackiego 13		
telefon/ telefony	413834545		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 305		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	14 61 36 005		
identyfikator REGON	121318671		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ CENTRUM MEDYCYNY RODZINNEJ S.C.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TRZCIANA, 32-733, 336		
telefon/ telefony	146136005		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 306		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ARSMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TRZCIANA, 32-733, 336		
telefon/ telefony:	14 61 36 764		
identyfikator REGON	121297466		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ ARSMEDICA SP. Z O.O.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TRZCIANA, 32-733, 336		
telefon/ telefony	146136764		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 307		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	18 44 20 006		
identyfikator REGON	120854657		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia (gabinet) lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY SĄCZ, 33-300, al. Aleje Stefana Batorego 77		
telefon/ telefony	18 44 20 006		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 308		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	12 312 82 00		
identyfikator REGON	121367327		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-426, Montwiłła-Mireckiego 10/3		
telefon/ telefony	123128200		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-426, Józefa Montwiłła-Mireckiego 10/3		

telefon/ telefony	12 312 82 00		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 309		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	14 65 42 194		
identyfikator REGON	852622035		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZALASOWA, 33-159, św. Walentego 9/2		
telefon/ telefony	146542194		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 310		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE 4M SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-438, ul. Borkowska 25B/U1		
telefon/ telefony:	+48 12 307 02 21		
identyfikator REGON	121497389		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-141, Krowoderska 17		
telefon/ telefony	12 30 70 221		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 311		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRAKTYKA GRUPOWA PEDIATRYCZNO-INTERNISTYCZNA - LEKARZE E. BAŁUK-SYREK &A.KRZYWOŃ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRZCZONÓW, 32-435, 733		
telefon/ telefony:	122747551		
identyfikator REGON	356383264		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKOMIELNA CZARNA, 32-437, 415		
telefon/ telefony	12 37 32 226		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 312		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	BRONIEK - SETKIEWICZ - LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RYGLICE, 33-160, ul. Tarnowska 21		
telefon/ telefony:	14 65 41 009		
identyfikator REGON	852624028		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RYGLICE, 33-160, TARNOWSKA 21		
telefon/ telefony	146541009		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 313		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ TRES-MED ROGAL-PIECH-WOJTASZEK LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GROMNIK, 33-180, ul. Jana Pawła II 10		
telefon/ telefony:	14 65 14 210		
identyfikator REGON	852726898		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GROMNIK, 33-180, Jana Pawła II 10		
telefon/ telefony	146514210		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 314		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRO VITAE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHOMRANICE, 33-394, 200		
telefon/ telefony:	60 25 58 244		
identyfikator REGON	121130424		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHOMRANICE, 33-394, 10		
telefon/ telefony	184433308		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 315		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NOWOCZESNE CENTRUM MEDYCZNE OKOKLINIK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 01-493, ul. Orlich Gniazd 8/13		
telefon/ telefony:	228619379		
identyfikator REGON	141224658		
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NOWOCZESNE CENTRUM MEDYCZNE OKOKLINIK Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, Topolowa 16		
telefon/ telefony	609155258		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 316		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PAWEŁ CHRUŚCIEL I WSPÓLNICY - SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, os. Wincentego Witosa 8/3		
telefon/ telefony:	18 2001360		
identyfikator REGON	121850704		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MURZASICHLE, 34-531, Sądelska 55		
telefon/ telefony	182001360		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 317		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"PULS Iwulski Ropek s.c." Zdzisław Iwulski, Bogumiła Ropek		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZESKO, 32-800, ul. Legionów Piłsudskiego 27A		
telefon/ telefony:	14 68 53 200		
identyfikator REGON	122445101		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ZOZ PULS MED		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZESKO, 32-800, Legionów Piłsudskiego 27A		
telefon/ telefony	146853200		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 318		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ZDROWIE RODZINNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKAŁA, 32-043, ul. Bohaterów Września 52		
telefon/ telefony:	883 255 554		
identyfikator REGON	122499551		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKAŁA, 32-043, Polna 17		
telefon/ telefony	124426200		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 319		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRZYCHODNIE "ESKULAP" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIECZ, 38-340, ul. Tysiaclecia 3		
telefon/ telefony:	13 4471808		
identyfikator REGON	122588906		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia w Bieczu		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIECZ, 38-340, Tysiąclecia 3		
telefon/ telefony	13 4471808		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia w Libuszy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIBUSZA, 38-306, 688		
telefon/ telefony	134475051		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia w Rożnowicach		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ROŻNOWICE, 38-323, 326		
telefon/ telefony	13 4476003		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 320		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	18 4712861		
identyfikator REGON	122586592		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Sanatorium Uzdrowiskowe "LEŚNIK-DRZEWIARZ" Sp. z o.o.		**4**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, Podgórna 1		
telefon/ telefony	184712861		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 321		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"MG LEKARZE RODZINNI GRUZIEL, MAGDOŃ" SPÓŁKA PARTNERSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-612, ul. Przykopy 13		
telefon/ telefony:	607 370 036		
identyfikator REGON	122685199		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW-PODGÓRZE, 30-612, Przykopy 13		
telefon/ telefony	607 370 036		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 322		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	602694045		
identyfikator REGON	122720553		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WADOWICE, 34-100, E i K Wojtyłów 19		
telefon/ telefony	602694045		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 323		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	BONUS-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KAMIONKA WIELKA, 33-334, 253		
telefon/ telefony:	18 44 56 060		
identyfikator REGON	122637533		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Bonus-Med		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KAMIONKA WIELKA, 33-334, 465		
telefon/ telefony	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/ telefony:	12 27 48 501		
identyfikator REGON	122734242		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PCIM, 32-432, 5		
telefon/ telefony	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	ŻUROWA, 38-247, 7		
telefon/ telefony:	14 65 13 685		
identyfikator REGON	122509002		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Rodzinna CARDEA		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻUROWA, 38-247, 7		
telefon/ telefony	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/ telefony:	14 641 41 10		
identyfikator REGON	122813059		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADGOSZCZ, 33-207, PLAC ŚW. KAZIMIERZA 3		
telefon/ telefony	146414110		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LUSZOWICE, 33-206, MIELECKA 7		
telefon/ telefony	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/ telefony:	791039499		
identyfikator REGON	146061563		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ALLMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, Kolejowa 31		
telefon/ telefony	182657488		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ALLMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, Tysiąclecia 111		
telefon/ telefony	182657488		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**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/ telefony	182657488		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ALLMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAKOPANE, 34-500, Chyców Potok 26		
telefon/ telefony	182657488		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 5		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - ALLMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAKOPANE, 34-500, Chyców Potok 26		
telefon/ telefony	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/ telefony:	12 41 92 010		
identyfikator REGON	122872576		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medyczne Szyce		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZYCE, 32-085, Plac Wspólnoty 2		
telefon/ telefony	124192010		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 329		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	VITALIS NOWAK I ŻURAKOWSKI SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TRZEBINIA, 32-540, ul. Kopernika 25		
telefon/ telefony:	32 620 02 93		
identyfikator REGON	121378220		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TRZEBINIA, 32-540, Kopernika 25		
telefon/ telefony	326200293		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych Vitalis		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TRZEBINIA, 32-540, os. Widokowe 21		

telefon/ telefony	733433494		
Data dodania do wykazu	29.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 330		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Szpital Powiatowy w Limanowej Imienia Miłosierdzia Bożego		
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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Powiatowy w Limanowej Imienia Miłosierdzia Bożego	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa		
telefon/ telefony	tel. +48 734135535		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. W. Witosa 28, 34-600 Limanowa		**1**
telefon/ telefony	183371722		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Zespół Szkół Technicznych i Ogólnokształcących im. Jana Pawła II		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIMANOWA, 24-600, ul. Zygmunta Augusta 8		**2**
telefon/ telefony	734135538		
Data dodania do wykazu	27.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 331		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	604094365		
identyfikator REGON	382468589		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE VISMED		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-930, osiedle Centrum C 8		
telefon/ telefony	126421627		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 332		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WADOWICE, 34-100, LWOWSKA 93		
telefon/ telefony	338233255		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 333		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	12 274 61 22		
identyfikator REGON	123032192		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEPRAW, 32-447, Jana Pawła II 38		
telefon/ telefony	122746122		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 334		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PLUSZYŃSKA JOLANTA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, ul. Wileńska 3		
telefon/ telefony:	604 266 050		
identyfikator REGON	273805462		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JANKOWICE, 32-551, Jana Pawła II 16		
telefon/ telefony	508970221		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 335		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	AMICUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MASZKÓW, 32-095, ul. Prosta 19		
telefon/ telefony:	12 388 41 38, 602 650 400		
identyfikator REGON	122640475		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MASZKÓW, 32-095, Prosta 19		
telefon/ telefony	123884138		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 336		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	INSTYTUT MEDYCYNY INNOWACYJNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-653, ul. Walerego Sławka 3		
telefon/ telefony:	12 254 61 20		
identyfikator REGON	123194925		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medyczne Imicare		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 33-332, Zabłocie 25/4		
telefon/ telefony	123523150		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 337		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SKOPIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-357, ul. Josepha Conrada 79		

telefon/ telefony:	12 446 46 10		
identyfikator REGON	122605823		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-357, Josepha Conrada 79		
telefon/ telefony	604792922		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 338		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	FAMILIA MEDICINA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	IWANOWICE WŁOŚCIAŃSKIE, 32-095, ul. ul. Jana Pawła II 23		
telefon/ telefony:	604 503 149		
identyfikator REGON	123227990		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Familia Medicina Gabinet Lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRZYBYSŁAWICE, 32-046, 78		
telefon/ telefony	+48535628912		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 339		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	32 728 06 06		
identyfikator REGON	123210819		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medyczne IGAMED Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, Oświęcimska 3		
telefon/ telefony	608 277 988		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 340		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Renata Sieja Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UJANOWICE, 34-603, 31		
telefon/ telefony:	18 3334012		
identyfikator REGON	361015619		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UJANOWICE, 34-603, 31		
telefon/ telefony	183334012		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 341		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CM PLUS MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZESKO, 32-800, ul. św. Brata Alberta 6		
telefon/ telefony:	500 844 441		
identyfikator REGON	361510425		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medyczne Plus Medica		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZESKO, 32-800, św. Brata Alberta 6		
telefon/ telefony	500844441		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 342		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PZU ZDROWIE SPÓŁKA AKCYJNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 02-673, ul. Konstruktorska 13		
telefon/ telefony:	225824541		
identyfikator REGON	143343166		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PZU ZDROWIE CENTRUM MEDYCZNE		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, Polskiego Czerwonego Krzyża 26		
telefon/ telefony	504-742-221		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 343		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"PRZYCHODNIA RODZINNA" SPÓŁKA JAWNA J.KUTA, A.KORZEC, M.JASIŃSKI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZUCIN, 33-230, ul. Jakuba Przyłuskiego 1		
telefon/ telefony:	14 641 02 20, 721 353 441		
identyfikator REGON	361633671		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	"PRZYCHODNIA RODZINNA" SPÓŁKA JAWNA J.KUTA, A.KORZEC, M.JASIŃSKI		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZUCIN, 33-230, Przyłuskiego 1		
telefon/ telefony	14 641 02 20		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 344		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MALIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SŁOMNIKI, 32-090, ul. Józefa Poniatowskiego 9		
telefon/ telefony:	12 357 67 11		
identyfikator REGON	361748345		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MALIMED		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SŁOMNIKI, 32-090, Józefa Poniatowskiego 9		
telefon/ telefony	123576711		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 345		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWTNEJ W GMINIE RABA WYŻNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABA WYŻNA, 34-721, 64		
telefon/ telefony:	18 26 71 013		
identyfikator REGON	363027472		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet zabiegowy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABA WYŻNA, 34-721, 64		
telefon/ telefony	182671013		

Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Skawie		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKAWA, 34-713, 9		
telefon/ telefony	182686022		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 346		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MEDYCYNA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-729, ul. Na Zakolu Wisły 12B/LU2		
telefon/ telefony:	608 059 176		
identyfikator REGON	362396776		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Bocheńska		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOCHNIA, 32-700, Krakowska 27		
telefon/ telefony	146116363		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Łapanowie		5
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁAPANÓW, 32-740, Łapanów 32		
telefon/ telefony	695190178		
Data dodania do wykazu	28.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 347		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	607261197		
identyfikator REGON	363551300		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia chorób wewnętrznych		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-436, Henryka Wieniawskiego 66/34		
telefon/ telefony	607261197		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 348		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"Spółka Gminna Pałecznica" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PAŁECZNICA, 32-109, ul. św. Jakuba 11		
telefon/ telefony:	691964034		
identyfikator REGON	361070357		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Rehabilitacji		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PAŁECZNICA, 32-109, Małopolska 36		
telefon/ telefony	413848542		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 349		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	604 594 142		
identyfikator REGON	363306083		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KALWARIA ZEBRZYDOWSKA, 34-130, Marii Konopnickiej 18		
telefon/ telefony	604594142		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 350		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Centrum Medyczne Południe - Rafał Wyrozumski		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, ul. Jana Pęckowskiego 3		
telefon/ telefony:	791 841 010		
identyfikator REGON	366011419		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Rodzinna Południe		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, Jana Pęckowskiego 3		
telefon/ telefony	791841010		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 351		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	KAROLINA WERCHOWIECKA-PARDYGAŁ I TOMASZ PARDYGAŁ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-698, ul. Rymanowska 7		
telefon/ telefony:	123994960		
identyfikator REGON	368801261		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-394, Skotnicka 230A		
telefon/ telefony	123994960		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 352		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	FUNDACJA POD SKRZYDŁAMI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-698, ul. Matematyków Krakowskich 122A		
telefon/ telefony:	126235979		
identyfikator REGON	364399626		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-418, Zakopiańska 97		
telefon/ telefony	126235979		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 353		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MATEUSZ GAŁUSZKA Ośrodek Zdrowia GAMED		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ROPA, 38-312, 680		
telefon/ telefony:	+48 502 718 774		
identyfikator REGON	241192978		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ROPA, 38-312, 680		
telefon/ telefony	+48502718774		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UŚCIE GORLICKIE, 38-315, 155		
telefon/ telefony	+48502718774		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 354		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ZDROWA HUTA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-914, ul. Wacława Sieroszewskiego 3		
telefon/ telefony:	511456418		
identyfikator REGON	380864631		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zdrowa Huta		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-914, Wacława Sieroszewskiego 3		
telefon/ telefony	604941697		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 355		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GYNCENTRUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KATOWICE, 40-851, ul. Żelazna 1		
telefon/ telefony:	608763854		
identyfikator REGON	383762894		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	KRAKÓW		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-322, Józefa Mehoffera 10		
telefon/ telefony	325065086		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 356		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MOJA PRZYJAZNA PORADNIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZESZCZE, 32-620, ul. Kościelna 21/8		
telefon/ telefony:	502336426		
identyfikator REGON	385398470		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Moja Przyjazna Poradnia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZESZCZE, 32-620, Nosala 7		
telefon/ telefony	576141148		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Moja Przyjazna Poradnia		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZESZCZE, 32-620, Nosala 7		
telefon/ telefony	515848652		
Data dodania do wykazu	26.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 357		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Szpital Specjalistyczny im.J.Dietla w Krakowie		
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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Specjalistyczny im.J.Dietla w Krakowie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Skarbowa 4, 31-121 Kraków	**W**	
telefon/ telefony	tel. +48 609 992 670		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Specjalistyczny im.J.Dietla w Krakowie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Focha 33, 30-119 Kraków		**1**
telefon/ telefony	126876378		
Data dodania do wykazu	29.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 358		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój		
telefon/ telefony:	tel. +48 18 47 32 400		
identyfikator REGON	000300587		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój	**W**	
telefon/ telefony	tel. +48 18 473 24 05		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
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/ telefony	505668349		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - SPZOZ Szpital Im. dr J. Dietla w Krynicy-Zdroju - PUNKT SZCZEPIEŃ SZPITAL TYMCZASOWY		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój		
telefon/ telefony	505668349		
Data dodania do wykazu	30.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Liceum Ogólnokształcące w Starym Sączu		**5**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STARY SĄCZ, 33-340, Ul. Partyzantów 15		
telefon/ telefony	505668349		
Data dodania do wykazu	30.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 359		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Szpital Powiatowy w Chrzanowie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów		
telefon/ telefony:	tel. +48 18 47 32 400		
identyfikator REGON	000310108		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Powiatowy w Chrzanowie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów	**W**	
telefon/ telefony	tel. +48 793 837 751		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Powiatowy w Chrzanowie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów		**1**
telefon/ telefony	326247029		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Punkt szczepień nr 2		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW,32-500, ul. Sokoła 24		**2**
telefon/ telefony	326247029		
Data dodania do wykazu	23.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 360		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Karmelicka 5, 34-100 Wadowice		
telefon/ telefony:	tel. +48 33 87 21 200, +48 33 87 21 280		
identyfikator REGON	000306466		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	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/ telefony	+48 797 304 331		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach		3
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Karmelicka 5, 34-100 Wadowice		
telefon/ telefony	510150401		
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach		4
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Karmelicka 5, 34-100 Wadowice		
telefon/ telefony	571324953		
Data dodania do wykazu	26.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 361		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej		
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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	W	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków		
telefon/ telefony	tel. +48 784 624 416		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 362		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie sp. z o. o.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Trynitarska 11, 31-061 Kraków		
telefon/ telefony:	tel. +48 12 379 71 00		
identyfikator REGON	121065900		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie	W	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Trynitarska 11, 31-061 Kraków		
telefon/ telefony	tel. +48 504 235 891		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie sp. z o. o.		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Trynitarska 11, 31-061 Kraków		
telefon/ telefony	123797120		
Data dodania do wykazu	30.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 363		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Nowy Szpital w Olkuszu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olkusz, 32-300, ul. 1000-lecia 13		
telefon/ telefony:	+ 48 41 240 1200		
identyfikator REGON	320592435		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Nowy Szpital w Olkuszu Spółka z ograniczoną	W	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olkusz, 32-300, ul. 1000-lecia 13		
telefon/ telefony	tel. +48 792270230		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia chorób zakaźnych		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olkusz, 32-300, ul. 1000-lecia 13		
telefon/ telefony	412402411		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Miejski Ośrodek Sportu i Rekreacji w Olkuszu - Nowy Szpital w Olkuszu Sp. z o. o.		6
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLKUSZ, 32-300, ul. Wiejska 1A		
telefon/ telefony	512143815		
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Szkoła Podstawowa nr 1 w Wolbromiu		3
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOLBROM, 32-340, ul. Mariacka 28		
telefon/ telefony	516142346		
Data dodania do wykazu	04.05.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 364		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Balzera 15, 34-500 zakopane		
telefon/ telefony:	tel. +48 788 221 113		
identyfikator REGON	000296377		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**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/ telefony	tel. +48 788 221 113		

Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 365		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka		
telefon/ telefony:	tel. +48 33 872 31 00		
identyfikator REGON	000304415		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka	**W**	
telefon/ telefony	tel. +48 668312916		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Hala Sportowa		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUCHA BESKIDZKA, 34-200, ul. Kościelna 5		**5**
telefon/ telefony	797120260		
Data dodania do wykazu	26.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 366		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	tel. +48 14 61 53 400		
identyfikator REGON	000304349		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia		
telefon/ telefony	tel. +48 660 610 880		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni "Szpital Powiatowy" im. Bł. Marty Wieckiej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia		
telefon/ telefony	146153306		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Zespół Szkół nr 1		**5**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOCHNIA, 32-700, ul. Windakiewicza 23		
telefon/ telefony			
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		
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Myślenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2	**W**	
telefon/ telefony	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"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Modlniczka / 32-085 / os. Krakowskie Przedmieście 28		
telefon/ telefony:	12 28 54 415		
identyfikator REGON	351600969		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PASTERNIK"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Modlniczka / 32-085 / os. Krakowskie Przedmieście 28	**P**	
telefon/ telefony	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/ telefony:	126866812		
identyfikator REGON	350107787		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	FUNDACJA "ZDROWIE DLA BUDOWLANYCH"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-915 / Osiedle Młodości 9	**P**	
telefon/ telefony	126866812		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 370		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ZGROMADZENIE SIÓSTR SŁUŻEBNICZEK NAJŚWIĘTSZEJ MARYI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-542 / ul. Kazimierza Kordylewskiego 12		
telefon/ telefony:	12 41 24 457		
identyfikator REGON	006234874		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ZGROMADZENIE SIÓSTR 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/ telefony	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		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-148 / ul. Helclów 2		
telefon/ telefony:	12 63 44 255 wewn. 266		
identyfikator REGON	351001134		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	STOWARZYSZENIE PRZYJACIÓŁ DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ IM. L.A. HELCLÓW	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-148 / ul. Helclów 2		
telefon/ telefony	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/ telefony:	322109137		
identyfikator REGON	120527770		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**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/ telefony	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/ telefony:	322857696		
identyfikator REGON	040001646		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**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/ telefony	322857696		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 374		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	POLSKI CZERWONY KRZYŻ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Warszawa / 00-561 / ul. Mokotowska 14		
telefon/ telefony:	22 326 12 86		
identyfikator REGON	007023731		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	POLSKI CZERWONY KRZYŻ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Warszawa / 00-561 / ul. Mokotowska 14	**P**	
telefon/ telefony	22 326 12 86		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 375		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	UNIWERSYTECKI SZPITAL DZIECIĘCY W KRAKOWIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 30-663 / ul. Wielicka 265		
telefon/ telefony:	6580656		
identyfikator REGON	351375886		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	UNIWERSYTECKI SZPITAL DZIECIĘCY W KRAKOWIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 30-663 / ul. Wielicka 265	**P**	
telefon/ telefony	6580656		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 376		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-503 / ul. Strzelecka 2		
telefon/ telefony:	12 619 86 00		
identyfikator REGON	000298583		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**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/ telefony	12 619 86 00		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 377		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SZPITAL KLINICZNY IM. DR. JÓZEFA BABIŃSKIEGO		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 30-393 / ul. dr. Józefa Babińskiego 29		
telefon/ telefony:	(12)65-24-347		
identyfikator REGON	000298554		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SZPITAL KLINICZNY IM. DR. JÓZEFA BABIŃSKIEGO SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 30-393 / ul. dr. Józefa Babińskiego 29		
telefon/ telefony	(12)65-24-347		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 378		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ŚLĄSKIE CENTRUM REHABILITACYJNO - UZDROWISKOWE IM.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rabka-Zdrój / 34-700 / ul. Dietla 5		
telefon/ telefony:	18 26 76 300		
identyfikator REGON	000297951		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ŚLĄSKIE CENTRUM REHABILITACYJNO - UZDROWISKOWE IM. DR ADAMA SZEBESTY W RABCE - ZDROJU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rabka-Zdrój / 34-700 / ul. Dietla 5		
telefon/ telefony	18 26 76 300		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 379		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ [illegible]		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Libiąż, 32-590, ul. 9 Maja 2		
telefon/ telefony:	32 62 71 421		
identyfikator REGON	356344956		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Miejskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. Przychodnia nr 1		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Libiąż, 32-590, ul. 9 Maja 2		
telefon/ telefony	32 750 13 15		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Miejskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. Przychodnia nr 2		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żarki, 32-593, ul.Struga 22		
telefon/ telefony	32 750 13 15		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 380		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Izabella Barbara Barczyk Lekarz		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wolbrom, 32-340, ul. Okrzei 14a		
telefon/ telefony:	606483082		
identyfikator REGON	273719165		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Specjalistyczna Praktyka Lekarska-Chirurgia Izabella Barczyk		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wolbrom, 32-340, ul. Skalska Pawilon A		
telefon/ telefony	606483082		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 381		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W NAWOJOWEJ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nawojowa, 33-335, ul. Ogrodowa 12		
telefon/ telefony:	18 44 57 013		
identyfikator REGON	492009110		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nawojowej - Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nawojowa, 33-335, ul. Ogrodowa 12		
telefon/ telefony	184457013		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 382		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	222307007		
identyfikator REGON	140802685		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Oddział Kraków Wadowicka		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-347, Wadowicka 3A		
telefon/ telefony	224340909		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 383		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNA PRACY" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-586, ul. Centralna 51		

telefon/ telefony:	12 6861664		
identyfikator REGON	350864614		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zakład Opieki Zdrowotnej "Medycyna Pracy" Sp. z o.o.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-586, Centralna 51		
telefon/ telefony	126861664		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 384		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MEDICOVER SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 00-807, al. Aleje Jerozolimskie 96		
telefon/ telefony:	22 592 70 00		
identyfikator REGON	012396508		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CM Kraków Bora Komorowskiego		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-476, Bora Komorowskiego 25B		
telefon/ telefony	500900500		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CM Kraków Podgórska Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-536, Podgórska 36		
telefon/ telefony	500900500		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień Centrum Medicover		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-358, ul. Jasnogórska 1		
telefon/ telefony	500900500		
Data dodania do wykazu	22.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień Centrum Medicover		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-015, ul. Świętokrzyska 14		
telefon/ telefony	500900500		
Data dodania do wykazu	22.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 385		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	POLMED SPÓŁKA AKCYJNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STAROGARD GDAŃSKI, 83-200, os. Mikołaja Kopernika 21		
telefon/ telefony:	58 77 50 919		
identyfikator REGON	192110780		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	POLMED SPÓŁKA AKCYJNA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-503, LUBICZ 23a		
telefon/ telefony	122984740		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 386		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	UNICARDIA SPECJALISTYCZNE CENTRUM LECZENIA CHORÓB SERCA I NACZYŃ & UNIMEDICA SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-271, ul. Kluczborska 15/U3		
telefon/ telefony:	517575788		
identyfikator REGON	356768082		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	UNICARDIA UNIMEDICA Dygasińskiego 2D		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-820, Al. Adolfa Dygasińskiego 2d		
telefon/ telefony	606577344		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 387		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Robert Roman Weisberger		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WADOWICE, 34-100, ul. Sadowa 19A		
telefon/ telefony:	604050413		
identyfikator REGON	708000680		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	GABINET LEKARSKI ROBERT WEISBERGER		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WADOWICE, 34-100, SADOWA 19A		
telefon/ telefony	604050413		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 388		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SPEC-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-201, ul. Emaus 7/1		
telefon/ telefony:	12 42 73 325		
identyfikator REGON	121052954		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SPEC-MED		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-201, Emaus 7/1		
telefon/ telefony	12 42 73 325		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 389		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE MULTIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-111, al. Aleja Zygmunta Krasińskiego 9/24B		
telefon/ telefony:	14 67 40 400		
identyfikator REGON	360616015		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE MULTIMED		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZESKO, 32-800, Oś. Władysława Jagiełły 15		
telefon/ telefony	124640400		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 390		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	693424008		
identyfikator REGON	382992698		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień NASZ GABINET		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-231, Siewna 4/5		
telefon/ telefony	519775225		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 391		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MEDCUBE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-409, ul. Ruczaj 15C		
telefon/ telefony:	601 95 10 29		
identyfikator REGON	122834624		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	MEDCUBE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-349, Miłkowskiego 9		
telefon/ telefony	124313585		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 392		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	LEGION MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŚWIĄTNIKI GÓRNE, 32-040, ul. Krakowska 1A		
telefon/ telefony:	12 30 71 877		
identyfikator REGON	363775547		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	LEGION MED		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŚWIĄTNIKI GÓRNE, 32-040, Krakowska 1A		
telefon/ telefony	123071877		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 393		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	AST SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-542, ul. Kazimierza Kordylewskiego 4		
telefon/ telefony:	519316845		
identyfikator REGON	122628511		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ambulatoria Acernis		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-548, Aleja Pokoju 4		
telefon/ telefony	124302208		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 394		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	RATMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-708, ul. Stefana Kisielewskiego 26		
telefon/ telefony:	535-333-512		
identyfikator REGON	121294396		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Zespół Transportu Medycznego RM1		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-334, Komandosów 18		
telefon/ telefony	535333512		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 395		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	577 705 006		
identyfikator REGON	121148453		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia chorób wewnętrznych		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAGÓRZYCE DWORSKIE, 32-091, Kwitnąca 3		
telefon/ telefony	691058777		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 396		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	DELTA SPORT CLINIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-314, ul. Dworska 1B/LU1		
telefon/ telefony:	123522525		
identyfikator REGON	360548070		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Dworska - Punkt Szczepień		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-314, Dworska 1B/LU1		
telefon/ telefony	123627252		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 397		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	IZABELA TARCZOŃ PRZYLĄDEK ZDROWIA SPECJALISTYCZNE PORADNIE MEDYCZNE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-324, ul. Szwedzka 23/7		
telefon/ telefony:	508180797		
identyfikator REGON	120756825		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-644, Henryka Kamieńskiego 47		
telefon/ telefony	570577000		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 398		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Solimed Jakub Loster		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, os. Karola Szymanowskiego 6/LU		
telefon/ telefony:	516077076		
identyfikator REGON	120193397		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Szczepień i Medycyny Podróży Solimed		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, os. Szymanowskiego 6/LU		
telefon/ telefony	516077076		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 399		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	CFMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-820, al. Aleja Adolfa Dygasińskiego 2D		
telefon/ telefony:	519146247		
identyfikator REGON	385197234		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-820, Aleja Adolfa Dygasińskiego 2D		
telefon/ telefony	519146247		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 400		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
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		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medyczne		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOLBROM, 32-340, Krakowska 27		
telefon/ telefony	602608121		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 401		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	AGNES PALUCHA CENTRUM MEDYCZNE CEGIELNIANA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-404, ul. Cegielniana 4A		
telefon/ telefony:	12 295 08 09		
identyfikator REGON	120543325		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Zabiegowy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-404, Cegielniana 4A		
telefon/ telefony	122950809		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 402		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Specjalistyczne Centrum Diagnostyczno-Zabiegowe "Medicina 2000" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-540, ul. Rzeźnicza 2		
telefon/ telefony:	12 42 24 106		
identyfikator REGON	351005474		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	"Medicina 2000"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-540, Rzeźnicza 2		
telefon/ telefony	12 42 24 106		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 403		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	VM MEDIA SPÓŁKA Z O.O. - VM CARE SPÓŁKA KOMANDYTOWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GDAŃSK, 80-180, ul. Świętokrzyska 73		
telefon/ telefony:	583209494		
identyfikator REGON	220333607		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-348, Bobrzyńskiego 37		
telefon/ telefony	122542244		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 404		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PROGAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-399, ul. Stanisława Działowskiego 1		
telefon/ telefony:	12 4467888		
identyfikator REGON	122894997		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet zabiegowy		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-399, Leona Petrażyckiego 99		
telefon/ telefony	124467888		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 405		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CARINTART SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-514, Aleja płk. Władysława Beliny-Prażmowskiego 60		
telefon/ telefony:	126211520		
identyfikator REGON	122854294		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień CARINTART SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-514, Aleja płk. Władysława Beliny-Prażmowskiego 60		
telefon/ telefony	787567077		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 406		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SOLMEDICA MATEUSZ POTEMPA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKAWINA, 32-050, ul. ks. Jerzego Popiełuszki 17A		
telefon/ telefony:	694207141		
identyfikator REGON	385060311		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ SOLMEDICA GABINETY LEKARSKIE		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKAWINA, 32-050, Księdza Jerzego Popiełuszki 17A		
telefon/ telefony	+48694207141		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 407		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	KRZYSZTOF KULKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MSZANA GÓRNA, 34-733, Mszana Górna 401		
telefon/ telefony:	18 331 52 02		
identyfikator REGON	491958240		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Bystrej - Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bystra Podhalańska, 34-235, Bystra Podhalańska 353a		

* W - szpital węzłowy, P - pozostałe podmioty szczepiące personel (w tym szczepiące swoich pacjentów (m.in. ZOL))

telefon/ telefony	182681024		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Mszanie Górnej - Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MSZANA GÓRNA, 34-733, Mszana Górna 491		
telefon/ telefony	668645579		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 408		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	KRZYSZTOF KULKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MSZANA GÓRNA, 34-733, Mszana Górna 401		
telefon/ telefony:	18 331 52 02		
identyfikator REGON	491958240		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Bystrej - Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bystra Podhalańska, 34-235, Bystra Podhalańska 353a		
telefon/ telefony	182681024		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 409		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CARINTART SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-514, Aleja płk. Władysława Beliny-Prażmowskiego 60		
telefon/ telefony:	126211520		
identyfikator REGON	122854294		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Zabierzowie		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZABIERZÓW, 32-080, ul. Śląska 236		
telefon/ telefony	182681024		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Budynek Gminny - Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOLECHOWICE, 32-082, ul. Ogrodowa 5		
telefon/ telefony	797275939		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 410		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	QUATTRO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOCHNIA, 32-700, ul. Kazimierza Wielkiego 22		
telefon/ telefony:	605664115		
identyfikator REGON	361275770		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Quattro - Med. Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOCHNIA, 32-700, ul. Kazimierza Wielkiego 22		
telefon/ telefony	506591162		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	MOBILNY PUNKT SZCZEPIEŃ Quattro-med Wieś Niepołomice		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOCHNIA, 32-700, ul. Kazimierza Wielkiego 22		
telefon/ telefony	506591162		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 411		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE SKAŁKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bukowno / 32-332 / ul. Kolejowa 28		
telefon/ telefony:	32 611 56 30		
identyfikator REGON	122885975		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE SKAŁKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialno		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bukowno / 32-332 / ul. Kolejowa 28	**P**	
telefon/ telefony	32 611 56 30		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 412		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Serdeczna Troska spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-989 / ul. Rzepakowa 5a		
telefon/ telefony:	12 64 08 080		
identyfikator REGON	356119834		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Serdeczna Troska spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-989 / ul. Rzepakowa 5a	**P**	
telefon/ telefony	12 64 08 080		
Data dodania do wykazu	09.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 413		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Monika Skotarska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ostrów / 33-122 / Ostrów 137		
telefon/ telefony:	14 67 52 041		
identyfikator REGON	852751749		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Rodzinna Skomed		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ostrów / 33-122 / Ostrów 137		**2**
telefon/ telefony	146752041		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 414		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRZYCHODNIA ZDROWIA W GROJCU ALEKSANDER KĘPA SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grojec / 32-615 / ul. Bartłomieja Chowańca 4		
telefon/ telefony:	531434284		
identyfikator REGON	367979531		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu**	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA Z [illegible]		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grojec / 32-615 / ul. Bartłomieja Chowańca 4		**1**
telefon/ telefony	531434284		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 415		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Halina Łubik-Bachniak		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bulowice / 32-652 / ul. Różana 46		
telefon/ telefony:	605403758		
identyfikator REGON	070445957		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ Praktyka Lekarza		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bulowice / 32-652 / ul. Różana 46		1
telefon/ telefony	605403758		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 416		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Publiczny Samodzielny Ośrodek Zdrowia w Radłowie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radłów / 33-130 / ul. Brzeska 9		
telefon/ telefony:	146782005		
identyfikator REGON	851878650		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Publiczny Samodzielny Ośrodek Zdrowia w Radłowie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radłów / 33-130 / ul. Brzeska 9		2
telefon/ telefony	146782005		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 417		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Antoni Hudzik		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-311 / ul. Murarska 24		
telefon/ telefony:	506129126		
identyfikator REGON	351517317		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ Gabinet Lekarza Rodzinnego lek. Med. Antoni Hudzik		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Węgrzce / 32-086 / A10		1
telefon/ telefony	122859457		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 418		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	14 61 15 630		
identyfikator REGON	850446373		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gminny Ośrodek Zdrowia w Łapczycy		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łapczyca / 32-744 / Łapczyca 496		3
telefon/ telefony	735015450		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 419		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Gorczański Ośrodek Medyczny GOR-MED Kaim Spółka Jawna		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Słopnice / 34-615 / Słopnice 1055		
telefon/ telefony:	183326415		
identyfikator REGON	122706777		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gorczański Ośrodek Medyczny GOR-MED		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kamienica / 34-608 / Kamienica 403		1
telefon/ telefony	183323400		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 420		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	501362834		
identyfikator REGON	120148681		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ SERCE SERCU w Mogilanach		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Mogilany / 32-031 / Rynek 4		1
telefon/ telefony	122700625		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ SERCE SERCU Filia nr 4		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wieliczka / 32-020 / ul. Leśna 1A		1
telefon/ telefony	123858040		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 421		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Centrum Medyczne Vadimed Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-457 / ul. Fiołkowa 6		
telefon/ telefony:	122903139		
identyfikator REGON	357409592		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medyczne Vadimed		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-457 / ul. Fiołkowa 6		2
telefon/ telefony	122903139		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 422		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	18 26 57 370		
identyfikator REGON	491984697		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Czarny Dunajec / 34-470 / Kamieniec Dolny 55		1
telefon/ telefony	182657475		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ciche / 34-407 / Ratułów 1c		1
telefon/ telefony	182658132		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 423		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Laskowej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Laskowa / 34-602 / Laskowa 428		
telefon/ telefony:	18 33 33 009		
identyfikator REGON	491991036		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Laskowej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Laskowa / 34-602 / Laskowa 428		1
telefon/ telefony	183333009, 183378800		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 424		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Centermed Kraków Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-530 / ul. Św. Łazarza 14		
telefon/ telefony:	123708200		
identyfikator REGON	121190290		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Centermed Kraków Sp. z o.o.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-530 / ul. Św. Łazarza 14		1
telefon/ telefony	123708200		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 425		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Prosper Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-036 / ul. Halicka 10		
telefon/ telefony:	122627878		
identyfikator REGON	122671731		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Niepołomice / 32-005 / ul. Tadeusza Kościuszki 28a		1
telefon/ telefony	122500787		
Data dodania do wykazu	26.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 426		**szczepienie personelu**	**szczepienie 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/ telefony:	794365248		
identyfikator REGON	388216140		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Vaxmed Punkt szczepień - Przychodnia Skymedic		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-875 / os. Dywizjonu 303 62b		1
telefon/ telefony	881221433		
Data dodania do wykazu	29.03.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 427		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Michał Matura Niepołomickie Centrum Profilaktyczno-Lecznicze		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Niepołomice / 32-005 / ul. Stefana Batorego 41C		
telefon/ telefony:	721621521		
identyfikator REGON	356878356		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NCPL, filia Batorego 57A		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Niepołomice / 32-005 / ul. Stefana Batorego 57A		1
telefon/ telefony	724824924		
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 428		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Leokadia Osuch		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-146, ul. Długa 38/219		
telefon/ telefony:	606530181		
identyfikator REGON	356740385		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ Derm Centrum		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-146, ul. Długa 38/218		2
telefon/ telefony	122920606		
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ Derm Centrum BIS		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLKUSZ, 32-300, ul. Skwer 6		2
telefon/ telefony	326450051		
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 429		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	TWOJE ZDROWIE SPÓŁKA AKCYJNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KATOWICE, 40-507, ul. Francuska 98A/42		
telefon/ telefony:	516125528		
identyfikator REGON	362471638		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	TWOJE ZDROWIE SA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Żółkiewskiego 13		1
telefon/ telefony	574498666		
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 430		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE MASZACHABA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-202, ul. Prądnicka 50A		
telefon/ telefony:	126237069		
identyfikator REGON	356819394		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE MASZACHABA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-202, ul. Prądnicka 50A		2
telefon/ telefony	126237069		
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 431		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Bogdan Krzykwa		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Tłoki 9A		
telefon/ telefony:	501348814		
identyfikator REGON	120672011		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej HIPOKRATES gabinet zabiegowy POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OCHOTNICA DOLNA, 34-452, Hologówka 180A		
telefon/ telefony	185428678		
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 432		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRZYCHODNIA MEDYCYNA POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPO		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-530, ul. Św. Łazarza 14		
telefon/ telefony:	517734137		
identyfikator REGON	351496408		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Filia numer 1 Przychodnia Medycyna Polska Sp. z o.o.		4
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-589, ul. Sołtysowska 35A		
telefon/ telefony	123120705		
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 433		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PPUH HABA-MED HANNA BROMBOSZCZ-ŚLUSARCZYK, WOJCIECH B		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TRZEBINIA, 32-540, ul. Wiśniowa 14		
telefon/ telefony:	322109445		
identyfikator REGON	356392671		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CENTRUM ZDROWIA HABA-MED.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TRZEBINIA, 32-540, ul. Wiśniowa 14		1
telefon/ telefony	322109445		
Data dodania do wykazu	16.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 434		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-663, ul. Wielicka 267		
telefon/ telefony:	539974001		
identyfikator REGON	351239953		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie		**7**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-663, ul. Wielicka 267		
telefon/ telefony	124467500		
Data dodania do wykazu	21.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie		**7**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-084, ul. Podchorążych 3		
telefon/ telefony			
Data dodania do wykazu	21.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Tauron Arena Kraków		**10**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-571, ul. Stanisława Lema 7		
telefon/ telefony			
Data dodania do wykazu	21.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 435		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej Adrian Karasiewicz		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PROSZOWICE, 32-100, ul. Parkowa 10		
telefon/ telefony:	608583552		
identyfikator REGON	120949895		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej Adrian Karasiewicz		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PROSZOWICE, 32-100, ul. Parkowa 10		
telefon/ telefony	889468258		
Data dodania do wykazu	22.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 436		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Krzysztof Ślusarczyk Liberandum Ratownictwo Medyczne		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-698, ul. Merkuriusza Polskiego 35		
telefon/ telefony:	500488338		
identyfikator REGON	362480815		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - WIELICZKA SOLNE MIASTO		**8**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, ul. Kościuszki 15		
telefon/ telefony	514784509		
Data dodania do wykazu	22.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 437		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Mateusz Sobczak FIRMA USŁUGOWO - HANDLOWA "DIAGNOZA"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JAWORZNO, 43-600, ul. Diamentowa 8/22		
telefon/ telefony:	531166475		
identyfikator REGON	241840124		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Hala sportowa		**5**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MYŚLENICE, 32-400, ul. Zdrojowa 9		
telefon/ telefony	124446750		
Data dodania do wykazu	23.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 438		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NEUROCENTRUM MERTA SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JAROSZOWICE, 34-100, Jaroszowice 7		
telefon/ telefony:	338235656		
identyfikator REGON	123004994		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Dom Kultury		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WADOWICE, 34-100, ul. Teatralna 1		
telefon/ telefony	57315492 8		
Data dodania do wykazu	26.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 439		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	BIAŁY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STARA WIEŚ, 34-600, Stara Wieś 668		
telefon/ telefony:	694046042		
identyfikator REGON	123143891		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - LIMANOWSKI DOM KU		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIMANOWA, 34-600, ul. Bronisława Czecha 4		
telefon/ telefony	790203105		
Data dodania do wykazu	26.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 440		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Ewa Olchówka		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Bolesława Chrobrego 8/2		
telefon/ telefony:	501321608		
identyfikator REGON	120151134		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ATMA RESCUERS Były dworzec PKS		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Chemików 1		
telefon/ telefony	57235074 1		
Data dodania do wykazu	27.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 441		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GENESMANAGER SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-038, ul. Starowiślna 23/8A		
telefon/ telefony:	573126589		
identyfikator REGON	385200462		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medyczne Skymedic		**5**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-875, os. Dywizjonu 303 62B		
telefon/ telefony	530520840		
Data dodania do wykazu	27.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 442		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	OŚRODEK MEDYCZNY "OSTEOMED" S.C. MIROSŁAW SZLACHCIC, EWA SZLACHCIC		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-074, ul. Kazimierza Wielkiego 57/IV		
telefon/ telefony:	609181778		
identyfikator REGON	350805497		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Ośrodek Medyczny Osteomed s.c. Mirosław Szlachcic, Ewa Szlachcic		4
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-074, ul. Kazimierza Wielkiego 57/IV		
telefon/ telefony	605881068		
Data dodania do wykazu	27.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 443		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MEDIKAMA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WĘGRZCE, 32-086, ul. Forteczna 12a		
telefon/ telefony:	668660830		
identyfikator REGON	361068159		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Medikama		3
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WĘGRZCE, 32-086, ul. Forteczna 12a		
telefon/ telefony	539914000		
Data dodania do wykazu	28.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 444		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Centrum Medyczne "Kącik" Teodozja Kuligowska-Żak		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ANDRYCHÓW, 34-120, Rynek 26a		
telefon/ telefony:	338703301		
identyfikator REGON	851746261		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Miejski Dom Kultury w Andrychowie		4
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ANDRYCHÓW, 34-120, ul. Szewska 7		
telefon/ telefony	518314202		
Data dodania do wykazu	29.04.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 445		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	VITO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GLIWICE, 44-100, ul. Radiowa 2		
telefon/ telefony:	323029810		
identyfikator REGON	240133028		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - VITO-MED. SP Z O. O.		6
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKAWINA, 32-050, ul. Żwirki i Wigury 17		
telefon/ telefony	327436060		
Data dodania do wykazu	10.05.2021		
Data wykreślenia z wykazu			

Wykaz - Kwalifikacja do programu Domowa Opieka Medyczna

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

Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19 przez zespoły wyjazdowe szczepiące wyłącznie w miejscu zamieszkania/pobytu pacjenta

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
Miejsce udzielania świadczeń 2 (obszar)	**liczba zespołów**
obszar działania:	
KRAKOWSKI OBSZAR METROPOLITALNY Zespół wyjazdowy - Mobilny Punkt Szczepień Centrum Medyczne	2
Miejsce udzielania świadczeń 3 (obszar)	**liczba zespołów**
obszar działania:	
SĄDECKI Zespół wyjazdowy - Mobilny Punkt Szczepień Centrum Medyczne	2
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 Pogotowie Ratunkowe -	1
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3	
nazwa:	PODHALAŃSKI 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 SzczepieńPodhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu	1
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 Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu	1
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5	
nazwa:	VITALIS NOWAK I ŻURAKOWSKI SPÓŁKA JAWNA
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

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	Zaszczepienie osób z przewlekłą niewydolnością nerek w stacji dializ	
nazwa:	FRESENIUS NEPHROCARE POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Poznań, 60-118, ul. Krzywa 13	
telefon/ telefony:	61 83 92 662	
identyfikator REGON	634254014	
Miejsce udzielania świadczeń 1		**liczba zespołów**
nazwa:	STACJA DIALIZ	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1	
telefon/ telefony	146410050	
Data dodania do wykazu	09.03.2021	
Data wykreślenia z wykazu		
Miejsce udzielania świadczeń 2		**liczba zespołów**
nazwa:	STACJA DIALIZ	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorlice, 38-300, ul. Węgierska 21	
telefon/ telefony	183513686	
Data dodania do wykazu	09.03.2021	
Data wykreślenia z wykazu		
Miejsce udzielania świadczeń 3		**liczba zespołów**
nazwa:	STACJA DIALIZ	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-826, os. Złotej Jesieni 1	
telefon/ telefony	126424900	
Data dodania do wykazu	09.03.2021	
Data wykreślenia z wykazu		
Miejsce udzielania świadczeń 4		**liczba zespołów**
nazwa:	STACJA DIALIZ	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Limanowa, 34-600, ul. Piłsudskiego 61	
telefon/ telefony	183301990	
Data dodania do wykazu	09.03.2021	
Data wykreślenia z wykazu		
Miejsce udzielania świadczeń 5		**liczba zespołów**
nazwa:	STACJA DIALIZ	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Myślenice, 32-400, ul. Szpitalna 2	
telefon/ telefony	123728040	
Data dodania do wykazu	09.03.2021	
Data wykreślenia z wykazu		
Miejsce udzielania świadczeń 6		**liczba zespołów**
nazwa:	STACJA DIALIZ	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowy Sącz, 33-300, ul. Młyńska 5	
telefon/ telefony	184156059	
Data dodania do wykazu	09.03.2021	
Data wykreślenia z wykazu		
Miejsce udzielania świadczeń 7		**liczba zespołów**
nazwa:	STACJA DIALIZ	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowy Targ, 34-400, ul. Szpitalna 14	
telefon/ telefony	182611782	
Data dodania do wykazu	09.03.2021	
Data wykreślenia z wykazu		
Miejsce udzielania świadczeń 8		**liczba zespołów**
nazwa:	STACJA DIALIZ	1

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Oświęcim, 32-600, ul. Chemików 5	
telefon/ telefony	33 842 96 00	
Data dodania do wykazu	09.03.2021	
Data wykreślenia z wykazu		
Miejsce udzielania świadczeń 9		**liczba zespołów**
nazwa:	STACJA DIALIZ	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Proszowice, 32-100, ul. Szpitalna 9	
telefon/ telefony	781444105	
Data dodania do wykazu	09.03.2021	
Data wykreślenia z wykazu		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3		
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. Mogilska 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/ telefony:	+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		x		
telefon/ telefony	+48 18 267 63 00				
Data dodania do wykazu	20.04.2021				
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/ telefony:	+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		x	X	
telefon/ telefony	+48 18 206 80 66				
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/ telefony:	+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		x		
telefon/ telefony	+48 18 445 43 41				
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/ telefony:	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		x		
telefon/ telefony	12 44 67 816				
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 FRANCZUKA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 30-213 / ul. Emaus 18			x	
telefon/ telefony	+48 12 428 73 04				
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/ telefony:	+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 70 00				
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,		x		
telefon/ telefony	+48 18 267 60 20				
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**	x			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	34-700 Rabka-Zdrój ul.Roztoki 7				
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**	x			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	34-700 Rabka-Zdrój ul.Słowackiego 8				
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")**	x			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	34-700 Rabka-Zdrój ul.Słowackiego 8				
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**	x			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	34-700 Rabka-Zdrój ul. Jordana 2				
telefon/ telefony	18 267 72 46				
Data dodania do wykazu	20.04.2021				
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 ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	NZOZ RehStab				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Limanowa, 34-600, ul. Józefa Piłsudskiego 53,		x		
telefon/ telefony	+48 18 471 35 95				
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**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach**
nazwa:	Ośrodek Rehabilitacji Narządu Ruchu "Krzeszowice" SPZOZ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krzeszowice, 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 "Krzeszowice" SPZOZ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krzeszowice, 32-065, ul. I. Daszyńskiego 1				
telefon/ telefony	+48 12 28 20 022		x		
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	298583				

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. SZCZEKLIKA 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. SZCZEKLIKA 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 OGRANICZONA ODPWIEDZIALNOSCIA 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 OGRANICZONA ODPWIEDZIALNOSCIA SPÓŁKA KOMANDYTOWA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krynica - Zdrój, 33-380 Krynica-Zdrój; ul.Władysława Reymonta 21,		x	x	x
telefon/ telefony	696-635-726.				
Data dodania do wykazu	20.04.2021 (stacjonarna) 14.05.2021 (ambulatoryjna oraz domowa)				
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-ŻEGIESTÓW" 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-ŻEGIESTÓW" 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.Połoniny 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.Połoniny 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/ telefony:	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/ telefony	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/ telefony:	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**				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	34-460 Szczawnica, ul.Park Górny 2	x			
telefon/ telefony	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/ telefony:	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 "Biawena"**				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	38-316 Wysowa, Wysowa 107	x			
telefon/ telefony	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/ telefony:	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 WCZASOWO-LECZNICZE SOLAR SPA SANATORIUM UZDROWISKOWE NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ Adam Wolfram **Sanatorium Uzdrowiskowe Budynek "Julia" Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny**				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	34-460 Szczawnica , ul.Zdrojowa 6	x			
telefon/ telefony	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 WCZASOWO-LECZNICZE SOLAR SPA SANATORIUM UZDROWISKOWE NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ Adam Wolfram **Sanatorium Uzdrowiskowe Budynek "Sylwia" Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny**				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	34-460 Szczawnica , ul.Zdrojowa 3	x			
telefon/ telefony	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 WCZASOWO-LECZNICZE SOLAR SPA SANATORIUM UZDROWISKOWE NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ Adam Wolfram **Sanatorium Uzdrowiskowe Budynek "Adria" dla dzieci Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny dla dzieci**				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	34-460 Szczawnica , ul.Zdrojowa 10	x			
telefon/ telefony	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" STANISŁAW I JÓZEF CECHINI - SPÓŁKA JAWNA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	33-380 Krynica-Zdrój ul. Kazimierza Pułaskiego 29,				
telefon/ telefony:	18 471 72 68				
identyfikator REGON	004421945				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa 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 SANATORIUM UZDROWISKOWE Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny**				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	33-370 Żegiestów Zdrój Łopata Polska 24	x			
telefon/ telefony	18 471 72 68				
Data dodania do wykazu	20.04.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
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 OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	33-380 Krynica-Zdrój, ul.Kazimierza Pułaskiego 73,				
telefon/ telefony:	18 471 34 59				
identyfikator REGON	490533337				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa 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 OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ **Oddział Uzdrowiskowy Sanatoryjny ("BESKID")**				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	33-380 Krynica-Zdrój, ul. Piękna 17	x			
telefon/ telefony	18 471 34 59				
Data dodania do wykazu	20.04.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
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 OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	33-380 Krynica Zdrój, ul.Podgórna 1, 3				
telefon/ telefony:	18 471-28-61				
identyfikator REGON	122586592				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa 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 OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ **Sanatorium Uzdrowiskowe Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny**				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	33-380 Krynica Zdrój, ul.Podgórna 1, 3	x			
telefon/ telefony	18 471-28-61				
Data dodania do wykazu	20.04.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
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 OGRANICZONĄ 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 OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ **Sanatorium uzdrowiskowe Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny**				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	34-700 Rabka, ul.Na Banię 42,	x			
telefon/ telefony	18 267 72 60				
Data dodania do wykazu	20.04.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
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 CHORÓB PŁUC I REHABILITACJI IM. EDMUNDA WOJTYŁY W JAROSZOWCU				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	32-310 Jaroszowiec, ul. Kolejowa 1a,				
telefon/ telefony:	32 642 80 31				
identyfikator REGON	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 CHORÓB PŁUC I REHABILITACJI IM. EDMUNDA WOJTYŁY W JAROSZOWCU				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	32-310 Jaroszowiec, ul. Kolejowa 1a,				
telefon/ telefony	32 642 80 31		x	x	
Data dodania do wykazu	26.04.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
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 "NAUCZYCIEL" ZWIĄZKU NAUCZYCIELSTWA POLSKIEGO **Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny**				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	34-460 Szczawnica, ul. Połoniny 14	x			
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 ZDROJU SANATORIUM UZDROWISKOWE "LIMBA" **Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny**				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	33-350 Piwniczna Zdrój, ul. Krynicka 3	x			
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				
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				
Data dodania do wykazu	07.05.2021 (stacjonarna) 14.05.2021 (ambulatoryjna)		x	x	
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26		**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	Tychy / 43-100 / Alfonsa Zgrzebnioka 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				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skawina / 32-050 / ul. Niepodległości 12				x
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				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dąbrowa Tarnowska / 33-200 / ul. Oleśnicka 3				x
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				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Proszowice /32-100 /ul. 3 Maja 51				x
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				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków/ 30-363 / ul. Tadeusza Szafrana 5D/25				x
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				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wieliczka / 32-020/ ul. Brata Alojzego Kosiby 5/4-5				x
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				x
telefon/ telefony	+48 32 329 61 52				
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				x
telefon/ telefony	+48 32 329 61 52				
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				x
telefon/ telefony	48 12 274 71 11				
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				x
telefon/ telefony	+48 12 388 45 12				
Data dodania do wykazu	10.05.2021				
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	Skrzydlna / 34-625 / Skrzydlna 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	+48 18 333 15 52			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	Skrzydlna / 34-625 / Skrzydlna 287				
telefon/ telefony	+48 18 333 15 52			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	+48 18 333 15 52				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/ telefony	(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/ telefony:	(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			x	
telefon/ telefony	(012)683 38 00				
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/ telefony:	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			x	
telefon/ telefony	48502479949				
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/ telefony:	+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			x	
telefon/ telefony	+48 783 444 444				
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			x	x
telefon/ telefony	+48 783 444 444				
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			x	x
telefon/ telefony	+48 783 444 444				
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			x	
telefon/ telefony	+48 783 444 444				
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 Machnik Spółka Jawna				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krakowska 74, 32-089 Wielka Wieś				
telefon/ telefony:	+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 Wodka Machnik Spółka Jawna				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 30-901 / ul. Wrocławska 1-3			x	
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				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-039 / ul. Józefa Dietla 64,				
telefon/ telefony	(012)421 99 62			x	
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				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 30-106 / Komorowskiego 12			x	
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				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorlice / 38-300 / Węgierska 21				
telefon/ telefony	(018)355 32 00			x	
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	Wiśniowieckiego 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.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowy Sącz / 33-300 / ul. 1 Brygady 4				
telefon/ telefony	(018)440 74 84			x	
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 ZDROJU 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/ telefony:	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/ telefony	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	Skała / 32-043 / Słomnicka 69				
telefon/ telefony:	(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	Skała / 32-043 / ul. Krakowska 38				
telefon/ telefony	(012)389 10 05			x	
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42		**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 12				
telefon/ telefony:	(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/ telefony	(041)383 33 22			X	
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	SPECJALMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dobczyce / 32-410 / Zarabie 35c				
telefon/ telefony:	+48 12 273 62 62				
identyfikator REGON	120778092				
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:	SPECJALMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kasinka Mała / 34-734 / Kasinka Mała 822				
telefon/ telefony	+48 12 273 62 62			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 odpowiedzialnością				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków/ 31-826 / Osiedle Złotej Jesieni 1				
telefon/ telefony:	(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 odpowiedzialnością				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków/ 31-826 / Osiedle Złotej Jesieni 1				
telefon/ telefony	(012)646 85 02			X	X
Data dodania do wykazu					
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/ telefony:	+48 604 245 197				
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/ telefony	+48 604 245 197			x	
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
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/ telefony:	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				

telefon/ telefony	33/875 80 80			x	
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. Urocze 7				
telefon/ telefony	+48 690 966 603			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:	NOWOHUCKI OŚRODEK REHABILITACJI NOR-MED				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sułkowice / 32-440 / ul. Szkolna 9				
telefon/ telefony	+48 690 966 603			x	
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 / 32-862 / 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	Iwkowa / 32-861 / ul. Iwkowa 458				
telefon/ telefony	+48 693 605 844			x	
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				
telefon/ telefony	+48 32 620 02 93			x	
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 PROFIZJO				
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 PROFIZJO				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wadowice / 34-100 / Lwowska 76				
telefon/ telefony	515 383 828			x	
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:	+48 606 243 585				
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	+48 606 243 585			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	Olkusz / 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	Olkusz / 32-300 / Króla Kazimierza Wielkiego 64				
telefon/ telefony	+48 600 251 797			x	x
Data dodania do wykazu	122432742				
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 LASKOWEJ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Laskowa / 34-602 / Laskowa 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 LASKOWEJ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Laskowa / 34-602 / Laskowa 428				
telefon/ telefony	+48 18 333 30 09			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			x	
telefon/ telefony	+48 18 445 85 78				
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			x	
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58		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				
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				X
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
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			X	X
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
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			X	X
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61		**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:	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	12 279 63 00			X	
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
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 OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOSCIĄ				
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 OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOSCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Chrzanów / 32-500/ ul. Kościuszki 14				
telefon/ telefony	32 624 03 10			X	
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63		**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 OŚWIĘCIMIU				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Oświęcim/ 32-600 / ul. Wysokie Brzegi 4				
telefon/ telefony:	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 OŚWIĘCIMIU				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Oświęcim/ 32-600 / ul. Wysokie Brzegi 4				
telefon/ telefony	33 844 82 67			X	
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64		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/ telefony:	12 642 25 19				
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/ telefony	12 642 25 19			X	
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65		**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/ telefony:	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/ telefony	12 294 20 30			X	
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
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 ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radziszów/ 32-052 / ul. Szkolna 15				
telefon/ telefony:	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 ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radziszów/ 32-052 / ul. Szkolna 15				
telefon/ telefony	12 275 12 17			X	
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67		**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/ telefony:	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/ telefony	12 274 29 66			X	
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68		**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	Zagórze/ 32-555/ Marszałka Józefa Piłsudskiego 226				
telefon/ telefony:	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/ telefony	32 613 49 63			X	
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69		**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:	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 - SPÓŁKA JAWNA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Mszana Dolna/ 34-730/ ul. Zarabie 27b				
telefon/ telefony	018 331 16 96			X	
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70		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				
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			X	
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71		**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				
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				
Data dodania do wykazu	14.05.2021			X	
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72		**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				
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			X	
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73		**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	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			X	
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74		**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:	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	18 267 48 02			X	
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75		**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 POWIATOWY" IM. BŁ. MARTY WIECKIEJ				
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 POWIATOWY" IM. BŁ. MARTY WIECKIEJ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bochnia/ 32-700/ ul. Wojska Polskiego 3				
telefon/ telefony	14 615 34 00			X	
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76		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:	14 642 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	14 642 28 31			X	
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77		**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	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	14 611 56 30			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:	SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łapczyca / 32-744 Łapczyca 496				
telefon/ telefony	14 611 56 30			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:	SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Proszówki / 32-700 / Proszówki 127				
telefon/ telefony	14 611 56 30			X	
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78		**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				
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			X	
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79		**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 GNOJNIK 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 GNOJNIK I SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOSCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gnojnik 222 / 32-864 / Gnojnik				
telefon/ telefony	14 686 98 00 wew.2			X	
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80		**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/ 33-100 / 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/ telefony	14 628 82 68			X	

Data dodania do wykazu					
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81		**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/ telefony:	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/ telefony	14 684 60 09				
Data dodania do wykazu	14.05.2021			X	
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82		**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/ telefony:	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/ telefony	14 634 00 30			X	
Data dodania do wykazu					
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Fizjohelp Kolna				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków/ 38-485 / Jaśliska 29				
telefon/ telefony:	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 Kolna				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 30-134 / ul. Zarzecze 124a				
telefon/ telefony	724 218 212				X
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
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/ telefony:	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/ telefony	604 493 779			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				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Barcice / 33-342 / Barcice 422				
telefon/ telefony:	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/ telefony	18 446 60 67			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				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowy Sącz / 33-300 / ul. Jana Długosza 9				
telefon/ telefony	18 446 60 67			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:	NZOZ "PALMED" CENTRUM OPIEKUNCZO-LECZNICZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOSCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Jastrzębia / 33-191 / Jastrzębia 174				
telefon/ telefony:	+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:	NZOZ "PALMED" CENTRUM OPIEKUNCZO-LECZNICZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOSCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lubcza / 33-162 / ul. Lubcza 460			x	x
telefon/ telefony	+48 796 760 710				
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 ODPOWIEDZIALNOSCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JASTRZĘBIA / 33-191 / ul. Jastrzębia 174			x	x
telefon/ telefony	+48 796 760 710				
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 ODPOWIEDZIALNOSCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ciężkowice / 33-190 / ul. Zdrowa 1			x	
telefon/ telefony	+48 796 760 710				
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	+48 14 627 60 75				
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	+48 14 631 02 10				
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	+48 14 631 02 10				
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	+48 14 653 51 00				
Data dodania do wykazu	17.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
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	Tuchów / 33-170 / ul. Adama Mickiewicza 36			x	
telefon/ telefony	+48 14 653 51 00				
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/ telefony:	+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 Mokre / 33-271 / Jadowniki Mokre 340			x	
telefon/ telefony	+48 14 641 75 01				
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 / Kąpielowa 61				
telefon/ telefony:	+48 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 / Kąpielowa 61			x	
telefon/ telefony	+48 14 679 00 44				
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/ telefony:	+48 691 670 425				
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			x	
telefon/ telefony	+48 691 670 425				
Data dodania do wykazu	17.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					