



| Miejsce udzielania świadczeń 5  |   | transport sanitarny ** | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
|---------------------------------|---|------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa:                          | 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/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne 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/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne 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/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:                          | Anestezjologia i intensywne terapia     |                        | X   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu          | 9.03.2021 r.                            |                        |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu       |   |                        |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 9  |   | transport sanitarny ** | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:                          | Kardiologia                             |                        | X   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu          | 9.03.2021 r.                            |                        |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu       |   |                        |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 10 |   | transport sanitarny ** | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:                          | Neurologia                              |                        | X   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu          | 9.03.2021 r.                            |                        |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu       |   |                        |   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 11 |   | transport sanitarny ** | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:                          | Neurochirurgia                          |                        | X   |             |                                     |                                    |                                     |              |  |

|   |   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
|---|---|------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 12</b>            |   | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:  | Trombektomia mechaniczna w udarze niedokrwinnym mózgu                         |                        | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 13</b>            |   | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:  | Inwazyjne leczenie ostrego zespołu wieńcowego                                 |                        | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 14</b>            |   | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:  | Chirurgia naczyniowa  |                        | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 15</b>            |   | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:  | 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                         |   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 16</b>            |   | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:  | Dializoterapia  |                        | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 17</b>            |   | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:  | 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                         |  |  |   |                    |  |   |  |   |                                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 18</b>            |  | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b>                     |                                     |
| nazwa:  | <b>Szpitalny Oddział Ratunkowy</b>   |  |   |                    |  |   | x  |   |                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 30-688, ul. M. Jakubowskiego 2   |  |   |                    |  |   |  |   |                                     |
| telefon/ telefony                                 | +48 12 400 17 50, +48 12 400 17 51, +48 12 400 17 52   |  |   |                    |  |   |  |   |                                     |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.   |  |   |                    |  |   |  |   |                                     |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |  |   |                    |  |   |  |   |                                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 19</b>            |  | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b>                     |                                     |
| nazwa:  | <b>Punkt Pobrań</b>  |  |   |                    |  |   |  |   |                                     |
| 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,<br>nr telefonu dla pacjentów kierowanych do leczenia uzdrowskiego: +48 12 400 17 50 |  |   |                    |  |   |  | S                                       |                                     |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.   |  |   |                    |  |   |  |   |                                     |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |  |   |                    |  |   |  |   |                                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 20</b>            |  | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b>                     |                                     |
| nazwa:  | <b>"Szpital tymczasowy"</b>  |  |   |                    |  |   |  |   |                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Kopernika 50, 30-001, Kraków<br>ul. Botaniczna 3, 31-034 Kraków  |  | x   |                    |  |   |  |   | szpital tymczasowy                  |
| telefon/ telefony                                 |  |  |   |                    |  |   |  |   |                                     |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.   |  |   |                    |  |   |  |   |                                     |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |  |   |                    |  |   |  |   |                                     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2</b> |  | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |   |                    |  |   |  | <b>poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |                                     |
| nazwa:  | <b>SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. STEFANA ŻEROMSKIEGO SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE</b>   |  |   |                    |  |   |  |   |                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 31-913, os. Na Skarpie 66  |  |   |                    |  |   |  |   |                                     |
| telefon/ telefony:                                | + 48 12 644 01 44, +48 12 622 94 65  |  |   |                    |  |   |  |   |                                     |
| identyfikator REGON                               | 000630161  |  |   |                    |  |   |  |   | <b>Poziom II na 9 marca 2021 r.</b> |



| 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 | Myslenice, 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                               |                                 |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Myslenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2                   |                                 |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 12 273 03 02, +48 12 273 03 03                |                                 |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.   |                                 |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4        |  | katalog realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| nazwa:  | SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. E. SZCZEKLIKA W TARNOWIE   |                                 |  |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom II<br>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   |                                 |  |             |                                     |                                    | x                                   |              |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnów, 33-100, ul. Szpitalna 13                       |                                 |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| telefon/ telefony                                 | + 48 14 63 10 498, + 48 14 63 10 419, +48 14 63 10 508 |                                 |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.   |                                 |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |

|   |   |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
|---|---|--|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---------------------------------|
| nazwa:  | SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. E. 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                         |   |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5</b> |   | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| nazwa:  | Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie                              |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom II<br>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                         |   |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:  | Pracownia Mikrobiologiczna  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków   |  |  |             |                                     | x                                  |                                     |              |                                 |
| telefon/ telefony                                 | tel. + 48 514 602 932   |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
|   |   |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:  | 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                         |   |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |   | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                 |
| nazwa:  | 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                         |   |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |   | transport sanitarny **                 | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie  |  | x   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków                                 |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | +48 12 614 20 00, +48 12 614 23 23                              |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.  |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>             |   | transport sanitarny **                 | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Oddział Kliniczny Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii    |  | x   |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom III<br>na 9 marca 2021 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków                                 |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 504 299 360 (lekarz dyżurny)                           |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.  |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6</b> |   | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:  | SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO W NOWYM SĄCZU |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom II<br>na 9 marca 2021 r.  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowy Sącz, 33 - 300, ul. Młyńska 10                             |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | + 48 18 443 88 77   |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000306437   |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.  |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | transport sanitarny **                 | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | 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.  |  |   |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |









|  |   |                               |   |                    |  |   |   |                     |   |
|--|---|-------------------------------|---|--------------------|--|---|---|---------------------|---|
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 12 386 52 10, +48 12 386 52 75                       |                               |   |                    |  |   |   |                     |   |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.  |                               |   |                    |  |   |   |                     |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                               |   |                    |  |   |   |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |   | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Proszowicach |                               |   |                    |  |   |   |                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Mikołaja Kopernika 13, 32-100 Proszowice                  |                               | x   |                    |  |   |   |                     |   |
| telefon/ telefony:                                 | +48 12 386 51 00, +48 12 386 51 05                            |                               |   |                    |  |   |   |                     |   |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.  |                               |   |                    |  |   |   |                     |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                               |   |                    |  |   |   |                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10</b> | <b>catalog realizowanych świadczeń</b>                        |                               |   |                    |  |   |   |                     |   |
| nazwa:   | Szpital Św. Anny w Miechowie                                  |                               |   |                    |  |   |   |                     | <b>Poziom II<br/>od 9 marca 2021 r.</b> |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Miechów, 32-200, ul. Szpitalna 3                              |                               |   |                    |  |   |   |                     |   |
| telefon/ telefony:                                 | +48 41 38 20 100,   |                               |   |                    |  |   |   |                     |   |
| identyfikator REGON                                | 000304384   |                               |   |                    |  |   |   |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>            | <b>punkt pobrań</b> |   |
| nazwa:   | 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                          |   |                               |   |                    |  |   |   |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |   | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>            | <b>punkt pobrań</b> |   |
| nazwa:   | 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                          |   |                               |   |                    |  |   |   |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |   | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b>            | <b>punkt pobrań</b> |   |
| nazwa:   | 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                          |  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| 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  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Sądeckie Pogotowie Ratunkowe (2 zespoły transportu sanitarnego) | 2                                      |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Śniadeckich 15, 33-300 Nowy Sącz   |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony                                  |  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.   |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| nazwa:   | PODHALAŃSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II W NOWYM TARGU  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ   |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | +48 18 263 30 01   |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| identyfikator REGON                                | 000308324  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |
| nazwa:   | 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                          |  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |
| nazwa:   | Szpitalny Oddział Ratunkowy  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |  |

Poziom II  
na 9 marca 2021 r.



|  |   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                              |
|--|---|------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Kopernika 19, 31-501 Kraków   | 2                      |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                              |
| telefon/ telefony                                  |   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                              |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                              |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |   | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |                              |
| nazwa:   | Małopolska Kolumna Transportu Sanitarnego w Tarnowie (1 zespół transportu sanitarnego)      | 1                      |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Chyszowska 10, 33-100 Tarnów  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                              |
| telefon/ telefony                                  |   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                              |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                              |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |   | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |                              |
| nazwa:   | 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                          |   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14</b> | katalog realizowanych świadczeń   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                              |
| nazwa:   | Szpital Powiatowy w Limanowej Imienia Miłosierdzia Bożego                                   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  | Poziom II na 9 marca 2021 r. |
| telefon/ telefony:                                 | +48 18 330 17 00  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                              |
| identyfikator REGON                                | 000304378   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |                              |
| nazwa:   | Szpital 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                          |   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |   | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |                              |







| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17       |   | katalog realizowanych świadczeń |   |                    |  |   |  |                     |                                 |
|---|---|---------------------------------|---|--------------------|--|---|--|---------------------|---------------------------------|
| nazwa:  | 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Krakowie SPZOZ         |                                 |   |                    |  |   |  |                     | Poziom II<br>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   |                                 |   |                    |  |   |  |                     |                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>transport sanitarny **</b>   | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |                                 |
| nazwa:  | 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                         |   |                                 |   |                    |  |   |  |                     |                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   | <b>transport sanitarny **</b>   | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |                                 |
| nazwa:  | 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                         |   |                                 |   |                    |  |   |  |                     |                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |   | <b>transport sanitarny **</b>   | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |                                 |
| nazwa:  | 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                         |   |                                 |   |                    |  |   |  |                     |                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |   | <b>transport sanitarny **</b>   | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |                                 |
| nazwa:  | 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. |                                 |   |                    |  |   |  |                     | Poziom II<br>na 9 marca 2021 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 31-826, os. Złotej Jesieni 1                                |                                 |   |                    |  |   |  |                     |                                 |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 12 646 8 502   |                                 |   |                    |  |   |  |                     |                                 |

|  |  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
|--|--|--|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| identyfikator REGON                                | 121188694  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |
| nazwa:   | Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.  |  | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 31-826 , os. Złotej Jesieni 1  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 12 64 68 291  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.   |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |
| nazwa:   | Pracownia Analityki  |  |  |             |                                     | X                                  |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 31-826 , os. Złotej Jesieni 1  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 12 64 68 603  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.   |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |  | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |
| nazwa:   | Szpitalny Oddział Ratunkowy  |  |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 31-826 , os. Złotej Jesieni 1  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 12 64 68 680; +48 12 64 68 274, 528; +48 12 64 68 800, 468  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.   |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |  | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |
| nazwa:   | Małopolskie Centrum Leczenia i Rehabilitacji Poparzeń oraz Chirurgii Plastycznej Oddział Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej (kod res. cz. VII 079) |  | X  |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom III<br>na 9 marca 2021 r.                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 31-826 , os. Złotej Jesieni 1  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 12 64 68 291  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.   |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>              |  | transport sanitarny **                 | leczenie/ 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                          |  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| nazwa:   | Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie   |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom I<br>9.03.2021 r. do 2.04.2021 r.<br>Poziom II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 30-663 , ul. Wielicka 265  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |



| 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. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków  |                                   |  |             |                                     |                                    | x                                   |              |  |
| 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  |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| 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 |  |

Poziom II  
na 9 marca 2021 r.

|  |  |  |   |                    |  |   |  |                     |                                 |
|--|--|--|---|--------------------|--|---|--|---------------------|---------------------------------|
| nazwa:   | Szpital Specjalistyczny im.J.Dietla w Krakowie   |  | X   |                    |  |   |  |                     |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Skarbowska 4, 31-121 Kraków  |  |   |                    |  |   |  |                     |                                 |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 12 68 76 200  |  |   |                    |  |   |  |                     |                                 |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.   |  |   |                    |  |   |  |                     |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |   |                    |  |   |  |                     |                                 |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22</b> |  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |   |                    |  |   |  |                     |                                 |
| nazwa:   | Szpital Wojewódzki im.Św.Lukasza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie |  |   |                    |  |   |  |                     | Poziom II<br>na 9 marca 2021 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów  |  |   |                    |  |   |  |                     |                                 |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 14 631 50 00  |  |   |                    |  |   |  |                     |                                 |
| identyfikator REGON                                | 850052740  |  |   |                    |  |   |  |                     |                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |                                 |
| nazwa:   | Szpitalny Oddział Ratunkowy  |  |   |                    |  |   | x  |                     |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów  |  |   |                    |  |   |  |                     |                                 |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 14 631 57 07, +48 14 631 51 11, + 48 14 631 56 38                                 |  |   |                    |  |   |  |                     |                                 |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.   |  |   |                    |  |   |  |                     |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |   |                    |  |   |  |                     |                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |                                 |
| nazwa:   | 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                          |  |  |   |                    |  |   |  |                     |                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |  | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |                                 |
| nazwa:   | Punkt Pobrań   |  |   |                    |  |   |  |                     |                                 |
| 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                          |  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |  | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                |
| nazwa:   | Szpital Wojewódzki im.Św.Łukasza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie |                        | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 14 631 50 00  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23</b> | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b>   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| nazwa:   | Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika w Krakowie                    |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom I<br>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  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                |
| nazwa:   | Izba Przyjęć   |                        |  |             |                                     |                                    | x                                   |              |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Strzelecka 2, 31-503 Kraków  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| telefon/ telefony                                  | tel. + 48 12 619 86 13<br>+ 48 12 619 86 17  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | 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                    |                        | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Strzelecka 2, 31-503 Kraków  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| telefon/ telefony:                                 | tel. + 48 12 619 86 00   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |





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



|  |   |  |   |                    |  |   |  |                     |  |
|--|---|--|---|--------------------|--|---|--|---------------------|--|
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.  |  |   |                    |  |   |  |                     |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |   |                    |  |   |  |                     |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |   | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |  |
| nazwa:   | Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem                          |  | x   |                    |  |   |  |                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane   |  |   |                    |  |   |  |                     |  |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 18 20 120 21, +48 18 20 153 51   |  |   |                    |  |   |  |                     |  |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.  |  |   |                    |  |   |  |                     |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |   |                    |  |   |  |                     |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |   | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |  |
| nazwa:   | Świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii (porody)                           |  | X   |                    |  |   |  |                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane   |  |   |                    |  |   |  |                     |  |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 18 20 120 21, +48 18 20 153 51   |  |   |                    |  |   |  |                     |  |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.  |  |   |                    |  |   |  |                     |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 24.03.2021 r.   |  |   |                    |  |   |  |                     |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>              |   | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |  |
| nazwa:   | Świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej  |  | X   |                    |  |   |  |                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane   |  |   |                    |  |   |  |                     |  |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 18 20 120 21, +48 18 20 153 51   |  |   |                    |  |   |  |                     |  |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.  |  |   |                    |  |   |  |                     |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |   |                    |  |   |  |                     |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>              |   | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |  |
| nazwa:   | Świadczenia w zakresie kardiologii w tym leczenie ostrych zespołów wieńcowych (OZW) |  | X   |                    |  |   |  |                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane   |  |   |                    |  |   |  |                     |  |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 18 20 120 21, +48 18 20 153 51   |  |   |                    |  |   |  |                     |  |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.  |  |   |                    |  |   |  |                     |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |   |                    |  |   |  |                     |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28</b> |   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |   |                    |  |   |  |                     |  |
| nazwa:   | Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu   |  |   |                    |  |   |  |                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wysokie Brzegi 4, 32-600 Oświęcim   |  |   |                    |  |   |  |                     |  |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 33 842 37 42   |  |   |                    |  |   |  |                     |  |

Poziom III  
9 marca 2021 r. do 24 marca 2021 r.

Poziom III  
od 8 marca 2021 r.

Poziom III  
na 9 marca 2021 r.

Poziom II  
na 9 marca 2021 r.

|  |   |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                              |
|--|---|-----------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|------------------------------|
| identyfikator REGON                                | 000304409   |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                              |
| nazwa:   | Szpitalny Oddział Ratunkowy                               |                                   |  |             |                                     |                                    | 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                          |   |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |   | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                              |
| nazwa:   | 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                          |   |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |   | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                              |
| nazwa:   | Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu                     |                                   | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wysokie Brzegi 4, 32-600 Oświęcim                         |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                              |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 33 842 37 42                                     |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                              |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.  |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                              |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29</b> |   | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                              |
| nazwa:   | Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach            |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Karmelicka 5, 34-100 Wadowice                             |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom II na 9 marca 2021 r. |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 33 87 21 200, +48 33 87 21 280                   |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                              |
| identyfikator REGON                                | 000306466   |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                              |
| nazwa:   | Szpitalny Oddział Ratunkowy z Centralną Izbą Przyjęć      |                                   |  |             |                                     |                                    | x                                   |              |                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Karmelicka 5, 34-100 Wadowice                             |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                              |

|  |  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                     |
|--|--|--|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-------------------------------------|
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 33 87 21 200 wew. 401,402,403                           |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                     |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.   |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | transport sanitarny **                   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                     |
| nazwa:   | <b>Punkt pobrań</b>  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                     |
| 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                          |  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |  | transport sanitarny **                   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                     |
| nazwa:   | <b>Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach</b>            |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                     |
| 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                          |  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |  | transport sanitarny **                   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                     |
| nazwa:   | <b>Punkt pobrań</b>  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                     |
| 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                          |  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30</b> |  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                     |
| nazwa:   | <b>Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej</b>             |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                     |
| 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  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              | <b>Poziom II na 9 marca 2021 r.</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | transport sanitarny **                   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                     |
| nazwa:   | <b>Szpitalny Oddział Ratunkowy</b>                               |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                     |

|  |  |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                              |
|--|--|-----------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka                                       |                                   |  |             |                                     |                                    | x                                   |              |                              |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 33 872 33 67, +48 33 872 33 77, +48 33 872 32 61, +48 33 872 33 78, + |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                              |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.   |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                              |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                              |
| nazwa:   | Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej  |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka                                       |                                   |  |             |                                     | X                                  |                                     |              |                              |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 33 87 23 276  |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                              |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.   |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                              |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |  | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                              |
| nazwa:   | 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                          |  |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |  | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                              |
| nazwa:   | 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                          |  |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31</b> |  | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                              |
| nazwa:   | Szpital Powiatowy w Chrzanowie   |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów   |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom II na 9 marca 2021 r. |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 18 47 32 400  |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                              |
| identyfikator REGON                                | 000310108  |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                              |

|  |  |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |                                 |
|--|--|-----------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|---------------------------------|
| nazwa:   | 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                          |  |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |                                 |
| nazwa:   | Pracownia 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                          |  |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |  | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |                                 |
| nazwa:   | 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                          |  |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |  | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |                                 |
| nazwa:   | 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                          |  |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |                                 |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32</b> |  | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |                                 |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko                   |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |                                 |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 14 662 10 00                                    |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |                                 |
| identyfikator REGON                                | 000304355  |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   | Poziom II<br>na 9 marca 2021 r. |

| 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 | Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko                          |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 14 66 21 165, +48 14 66 21 285, +48 14 66 21 166       |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 | Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko                          |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 14 66 21 166   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |   | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Laboratorium mikrobiologii i immunodiagnostyki chorób zakaźnych |                        |  |             |                                     | x                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko                          |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 14 66 21 225 lub +48 14 66 21 330 lub +48 14 66 21 227 |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |   | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | 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        |                        | x  |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko                          |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 14 662 10 00   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            | 9.03.2021 r.  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 5                    |   | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | 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        | 1                      |  |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko                          |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 14 66 21 166   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |







|  |  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                               |
|--|--|------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-------------------------------|
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                               |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |  | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                               |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni "Szpital Powiatowy" im. Bł. Marty Wieckiej |                        | x  |             |                                     |                                    |                                     |              |                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                               |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 14 61 53 400  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                               |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                               |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |  | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                               |
| nazwa:   | Oddział Położniczo – Ginekologiczny  |                        | x  |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom III na 9 marca 2021 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                               |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 14 61 53 400  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                               |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                               |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>              |  | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                               |
| nazwa:   | Oddział Chirurgii Ogólnej  |                        | x  |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom III na 9 marca 2021 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                               |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 14 61 53 400  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                               |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                               |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                               |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35</b> | 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  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                               |
| nazwa:   | Szpitalny Oddział Ratunkowy  |                        |  |             |                                     |                                    | x                                   |              |                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Prądnicka 35-37, 31-202 Kraków   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                               |

|  |   |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
|--|---|--|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------|
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 12 25 78 280, +48 12 25 78 472                             |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |   | transport sanitarny **                   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                             |
| nazwa:   | 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                          |   |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36</b> |   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| nazwa:   | „Szpital Miejski w Rabce-Zdroju” Sp. z o.o.                         |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Słoneczna 3, 34-700 Rabka-Zdrój                                 |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 18 26 77 001   |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| identyfikator REGON                                | 120480323   |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom I na 9 marca 2021 r. |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | transport sanitarny **                   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                             |
| nazwa:   | Izba Przyjęć  |  |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Słoneczna 3, 34-700 Rabka-Zdrój                                 |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 18 26 85 735, +48 18 26 85 721, +48 18 26 85 771           |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |   | transport sanitarny **                   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                             |
| nazwa:   | „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                          |   |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37</b> |   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                             |
| 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:   | <b>Punkt Pobrań</b>                                 |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| 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                          |   |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38</b> |   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| nazwa:   | DIAGNOSTYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Prof. M. Zyczkowskiego 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:   | <b>Punkt mobilny Drive Thru</b>                     |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| 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:   | <b>Punkt Pobrań</b>                                 |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| 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:   | <b>Punkt Pobrań</b>                                 |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Kopernika 8, 31-034 Kraków                      |  |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |  |
| 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 |  |



|   |  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
|---|--|------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| 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 |   |
| <b>nazwa:</b>                                     | 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                         |  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |

|  |  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
|--|--|--|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41</b> |  | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| nazwa:   | Małopolski Szpital Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              | Poziom I<br>na 9 marca 2021 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Kolejowa 1a, 32-310 Jarosławiec                                |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 32 642 80 90  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| identyfikator REGON                                | 000294214  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                     |  | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 |  | x  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Kolejowa 1a, 32-310 Jarosławiec                                |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 32 642 80 90  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.   |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                |

|  |  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
|--|--|--|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42</b> |  | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| 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                          |  |                                 |  |             |                                     |                                    |                                     |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2*</b>             |  | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |
| nazwa:   | Krzysztof Ślusarczyk Liberandum Ratownictwo Medyczne | 4                               |  |             |                                     |                                    |                                     |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Złocieniowa 20, 30-898 Kraków                    |                                 |  |             |                                     |                                    |                                     |   |  |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 500 488 338; +48 12 312 09 09               |                                 |  |             |                                     |                                    |                                     |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 22.03.2021 r.  |                                 |  |             |                                     |                                    |                                     |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                 |  |             |                                     |                                    |                                     |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43</b> |  | katalog realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |   |  |
| nazwa:   | VITO - MED, Sp. z o.o.                               |                                 |  |             |                                     |                                    |                                     |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Radiowa 2, 44-100 Gliwice                        |                                 |  |             |                                     |                                    |                                     |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 32 302-98-00, +48 32 302-98-10              |                                 |  |             |                                     |                                    |                                     |   |  |
| identyfikator REGON                                | 240133028  |                                 |  |             |                                     |                                    |                                     |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań  |  |
| nazwa:   | Punkt Pobrań   |                                 |  |             |                                     |                                    |                                     |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Legionów Polskich 2, 32-065 Krzeszowice          |                                 |  |             |                                     |                                    |                                     | S   |  |
| telefon/ telefony                                  | tel. + 48 793 600 112                                |                                 |  |             |                                     |                                    |                                     |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.   |                                 |  |             |                                     |                                    |                                     |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                 |  |             |                                     |                                    |                                     |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań  |  |
| nazwa:   | Punkt pobrań- Drive-thru                             |                                 |  |             |                                     |                                    |                                     |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków                  |                                 |  |             |                                     |                                    |                                     | S   |  |
| telefon/ telefony                                  | tel. + 48 793 600 112                                |                                 |  |             |                                     |                                    |                                     |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.   |                                 |  |             |                                     |                                    |                                     |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                 |  |             |                                     |                                    |                                     |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |  | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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   |  |







| 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  | 2                                      |  |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 1 zespół- ul. Przyjaźni 78a, 32-500 Balin<br>1 zespół- ul. Makuszyńskiego 21 Zakopane 34-500 |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                  | tel.: +48 730 112 999  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.   |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46</b> |  | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:   | <b>Pro4Med Sp. z o.o.</b>  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |
| 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)   |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Ks. Stanisława Pieli 11, 32-590 Libiąż   |  |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |
| telefon/ telefony                                  | tel.: +48 730 780 796  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.   |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47</b> |  | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:   | <b>ALFA sp.z.o.o. sp.k</b>   |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |
| 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:   | <b>Punkt Pobrań</b>  |  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Nawojowska 29/1/U, 33-300 Nowy Sącz  |  |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |
| 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 |



|  |  |                               |   |                    |  |   |  |                     |  |
|--|--|-------------------------------|---|--------------------|--|---|--|---------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Plac Dworcowy 6, 33- 100 Tarnów (budynek B)  |                               |   |                    |  |   |  |                     |  |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 531 415 498   |                               |   |                    |  |   |  |                     |  |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.   |                               |   |                    |  |   |  |                     |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                               |   |                    |  |   |  |                     |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50</b> | <b>catalog realizowanych świadczeń</b>   |                               |   |                    |  |   |  |                     |  |
| <b>nazwa:</b>                                      | <b>Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im. dr. S. Jasińskiego w Zakopanem</b>                       |                               |   |                    |  |   |  |                     |  |
| 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  |                               |   |                    |  |   |  |                     | <b>Poziom I<br/>na 9 marca 2021 r.</b>   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |  |
| <b>nazwa:</b>                                      | <b>Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im. dr. S. Jasińskiego w Zakopanem</b>                       |                               |   |                    |  |   |  |                     |  |
| 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                          |  |                               |   |                    |  |   |  |                     |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51</b> | <b>catalog realizowanych świadczeń</b>   |                               |   |                    |  |   |  |                     |  |
| <b>nazwa:</b>                                      | <b>Medikor III spółka z ograniczoną odpowiedzialnością</b>   |                               |   |                    |  |   |  |                     |  |
| 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  |                               |   |                    |  |   |  |                     |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |  |
| <b>nazwa:</b>                                      | <b>Szpital Położniczo-Ginekologicznym MEDIKOR świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii</b> |                               |   |                    |  |   |  |                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Rzemieślnicza 5, 33-300 Nowy Sącz  |                               | X   |                    |  |   |  |                     | <b>Poziom III<br/>na 9 marca 2021 r.</b> |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 18 473 13 80  |                               |   |                    |  |   |  |                     |  |
| Data dodania do wykazu                             | 9.03.2021 r.   |                               |   |                    |  |   |  |                     |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                               |   |                    |  |   |  |                     |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52</b> | <b>catalog realizowanych świadczeń</b>   |                               |   |                    |  |   |  |                     |  |
| <b>nazwa:</b>                                      | <b>Centrum Medyczne Ujastek spółka z o.o.</b>  |                               |   |                    |  |   |  |                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Ujastek 3, 31-752 Kraków   |                               |   |                    |  |   |  |                     |  |
| telefon/ telefony:                                 | tel. + 48 12 683 38 44   |                               |   |                    |  |   |  |                     |  |
| identyfikator REGON                                | 350887420  |                               |   |                    |  |   |  |                     | <b>Poziom III<br/>na 9 marca 2021 r.</b> |



| 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 "Krzyszowice" 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 "Krzyszowice" Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej |                                 |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Daszyńskiego 1, 32-065 Krzeszowice   |                                 | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |                              |
| 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<br>od 18 marca 2021 r.    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Trynitaraska 11, 31-061 Kraków                                      |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                                     |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 12 37 97 100   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                                     |
| identyfikator REGON                                | 121065900   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |                                     |
| nazwa:   | Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie sp. z o. o. |                        | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Trynitaraska 11, 31-061 Kraków                                      |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                                     |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 12 37 97 100   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                                     |
| Data dodania do wykazu                             | 18.03.2021 r.   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                                     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5B</b> | <b>catalog realizowanych świadczeń</b>                              |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                                     |
| nazwa:   | INTERCARD sp. z o.o. z siedzibą w Krakowie                          |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  | Poziom III<br>od 8 kwietnia 2021 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | al. Władysława Beliny- Prażmowskiego 60, 31514 Kraków               |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                                     |
| telefon/ telefony:                                 | tel.: +48 12 621 15 00  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                                     |
| identyfikator REGON                                | 120040222   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |                                     |
| nazwa:   | Centrum Kardiologii Inwazyjnej Elektroterapii i Angiologii          |                        | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Młyńska 5, 33-300 Nowy Sącz                                     |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                                     |
| telefon/ telefony                                  | tel.: +48 18 440 74 91  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                                     |
| Data dodania do wykazu                             | 8.04.2021 r.  |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                        |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |                                     |

\* 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 wprowadzenie  
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     |



|   |
|---|
| X |
| X |
| X |











## Wykaz - Kwalifikacja do programu Domowa Op

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą**

Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ

## szkolenia Medyczna

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

## Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą

|   |
|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony:                                |
| identyfikator REGON                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony:                                |
| identyfikator REGON                               |

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 2**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 3**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 4**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3**

nazwa:

|   |
|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony:                                |
| identyfikator REGON                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |

|   |
|---|
| telefon/ telefony:                                |
| identyfikator REGON                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony:                                |
| identyfikator REGON                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony:                                |
| identyfikator REGON                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |

|   |
|---|
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony:                                |
| identyfikator REGON                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony:                                |
| identyfikator REGON                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9</b> |

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony:                                |
| identyfikator REGON                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>             |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>             |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |



|  |
|--|
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |

|  |
|--|
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |
| nazwa:   |

|  |
|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19</b> |
| nazwa:   |

|  |
|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |

|  |
|--|
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |

|  |
|--|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |

|  |
|--|
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |

|  |
|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |



|  |
|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |

|  |
|--|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |

|  |
|--|
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |

|  |
|--|
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |

|  |
|--|
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |

|  |
|--|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |

|  |
|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |

|  |
|--|
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |



|  |
|--|
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 2**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 3**

|  |
|--|
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66</b> |

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony:                                |
| identyfikator REGON                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>             |

|  |
|--|
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68</b> |

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony:                                |
| identyfikator REGON                               |

### **Miejsce udzielania świadczeń 1**

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |

### **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69**

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony:                                |
| identyfikator REGON                               |

### **Miejsce udzielania świadczeń 1**

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |

### **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70**

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony:                                |
| identyfikator REGON                               |

### **Miejsce udzielania świadczeń 1**

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 2**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 3**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 4**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 5**

|  |
|--|
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |



|  |
|--|
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |

|  |
|--|
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

|  |
|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |

|  |
|--|
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 86**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

|  |
|--|
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu



|  |
|--|
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 94</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |

|  |
|--|
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98</b> |
| nazwa:   |

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  
telefon/ telefony:  
identyfikator REGON

### **Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:  
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  
telefon/ telefony  
Data dodania do wykazu  
Data wykreślenia z wykazu

### **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99**

nazwa:  
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  
telefon/ telefony:  
identyfikator REGON

### **Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:  
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  
telefon/ telefony  
Data dodania do wykazu  
Data wykreślenia z wykazu

### **Miejsce udzielania świadczeń 2**

nazwa:  
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  
telefon/ telefony  
Data dodania do wykazu  
Data wykreślenia z wykazu

### **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100**

nazwa:  
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  
telefon/ telefony:  
identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 2**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

|   |
|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 104</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |

|   |
|---|
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 106</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107</b> |

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 108</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 109</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |

|   |
|---|
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 110</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 111</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |



|   |
|---|
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |

**Miejsce udzielania świadczeń 3**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 4**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 5**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 6**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 7**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 8**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 9**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 10**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 11**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 12**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

|   |
|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 115</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 116</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 117</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |

|   |
|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 118</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 120</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |

|   |
|---|
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 121</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 123**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 124**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 125**

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 126</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 127</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |



|   |
|---|
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 128</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 129</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 130</b> |

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 131</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 132</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |

|   |
|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 133</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 134</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 135</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |

|   |
|---|
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 136</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 137</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |

|   |
|---|
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 138</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 139</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 140</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |

|   |
|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 141</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 142</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |

|   |
|---|
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 143</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 144</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 145</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 146**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 2**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 147**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON



|   |
|---|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 148</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 149</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |

|   |
|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 150</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 151</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |

|   |
|---|
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 152</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 153</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 154</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 155</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 156</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 157</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |

|   |
|---|
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 158</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 159</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 160**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 2**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 3**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 4**

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 161</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 162</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |

|   |
|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 163</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 164</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |



|   |
|---|
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 165</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 166</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |

**Miejsce udzielania świadczeń 2**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 3**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 167**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 2**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 168**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 169**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 170**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

|   |
|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 171</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 172</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |

|   |
|---|
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 173</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 174</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |

|   |
|---|
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 175</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 176</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 177**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 178**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 179**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

|   |
|---|
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 180</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 181</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |



**Miejsce udzielania świadczeń 2**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 182**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 183**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 2**

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 184</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 185</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 186</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |

|   |
|---|
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 187</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 188</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 189</b> |

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 190</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 191</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |

|   |
|---|
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 192</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |

|   |
|---|
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 193</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 194</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 195</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 196</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 197</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 198</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |

|   |
|---|
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 199</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 200</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |



|   |
|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 201</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 202</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 203</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |

|   |
|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 204</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 205</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 206</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |

|   |
|---|
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 207</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 208</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 209</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 210</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |

|   |
|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 211</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 212</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 213</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |

|   |
|---|
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 214</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 215**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 216**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 217**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

|   |
|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 218</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 219</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |



**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 220**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 221**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 222**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

|   |
|---|
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 223</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 224</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 225</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 226**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 2**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 227**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 228</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 229</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |

|   |
|---|
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 230</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 231</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 232</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |

|   |
|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 233</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |
| nazwa:  |

|   |
|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 234</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 235</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 236</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |

|   |
|---|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 237</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 238</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 239</b> |
| nazwa:  |



|   |
|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 240</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 241</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 242**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 243**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 244**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

|   |
|---|
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 245</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 246</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 247</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |

|   |
|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 248</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 249</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 250</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 251**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 252**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 253**

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony:                                |
| identyfikator REGON                               |

#### **Miejsce udzielania świadczeń 1**

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |

#### **Miejsce udzielania świadczeń 2**

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |

#### **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 254**

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony:                                |
| identyfikator REGON                               |

#### **Miejsce udzielania świadczeń 1**

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |

#### **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 255**

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony:                                |
| identyfikator REGON                               |

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 256**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 2**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 257**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 258</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 259</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |



|   |
|---|
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 260</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 261</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |

|   |
|---|
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 262</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |

|   |
|---|
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 263</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 264</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |

|   |
|---|
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 265</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 266</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 267</b> |
| nazwa:  |

|   |
|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 268</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 269</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 270**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 271**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 272**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

|   |
|---|
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 273</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 274</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 275</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |

|   |
|---|
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 276</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 277</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |



|   |
|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 278</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 279</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 280</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |

|   |
|---|
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 281</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 282</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 283</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 284</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 285**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 286**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 287**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

|   |
|---|
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 288</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 289</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 290</b> |
| nazwa:  |

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  
telefon/ telefony:  
identyfikator REGON

### **Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:  
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  
telefon/ telefony  
Data dodania do wykazu  
Data wykreślenia z wykazu

### **Miejsce udzielania świadczeń 2**

nazwa:  
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  
telefon/ telefony  
Data dodania do wykazu  
Data wykreślenia z wykazu

### **Miejsce udzielania świadczeń 3**

nazwa:  
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  
telefon/ telefony  
Data dodania do wykazu  
Data wykreślenia z wykazu

### **Miejsce udzielania świadczeń 4**

nazwa:  
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  
telefon/ telefony  
Data dodania do wykazu  
Data wykreślenia z wykazu

### **Miejsce udzielania świadczeń 5**

nazwa:  
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

|   |
|---|
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 291</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 292</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 293</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 294</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 295</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 296</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |



**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 297**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 2**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 3**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 4**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 298**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 299**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 300**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

|   |
|---|
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 301</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 302</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 303**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 2**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 304**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 305**

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony:                                |
| identyfikator REGON                               |

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 306**

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony:                                |
| identyfikator REGON                               |

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 307**

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony:                                |
| identyfikator REGON                               |

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |

|   |
|---|
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 308</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 309</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 310**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 311**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 312**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

|   |
|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 313</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 314</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 315</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |



|   |
|---|
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 316</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 317</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 318</b> |

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 319</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |

|   |
|---|
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 320</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 321</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 322</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |

|   |
|---|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 323</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 324</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 325**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 326**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 2**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 327**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  
telefon/ telefony:  
identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 2**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 3**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 4**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 5**

nazwa:

|   |
|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 328</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 329</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 330</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 2**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 3**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 331**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu



**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 332**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 333**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 334**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

|   |
|---|
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 335</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 336</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 337</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |

|   |
|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 338</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 339</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 340</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 341**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 342**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 343**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  
telefon/ telefony:  
identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 344**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 345**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 2**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 346**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 347**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 348**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

|   |
|---|
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 349</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 350</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 351</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |

|   |
|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 352</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 353</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 354</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |



|   |
|---|
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 355</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 356</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 357</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |

|   |
|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 358</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
|   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 359</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |

|   |
|---|
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 360</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 361</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 362</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |

|   |
|---|
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 363</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |

|   |
|---|
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 364</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 365</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |

|   |
|---|
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 366</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 367</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 368</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |

|   |
|---|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 369</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 370</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 371</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 372</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |



|   |
|---|
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 373</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 374</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 375</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 376</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |

|   |
|---|
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 377</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 378</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 379</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 380</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 381</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 382**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 383**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 384**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

|   |
|---|
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 385</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 386**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 387**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 388**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

|   |
|---|
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 389</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 390</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 391</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 392</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 393</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 394</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |



**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 395**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 396**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 397**

nazwa:

|   |
|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 398</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 399</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 400</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |

|   |
|---|
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 401</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 402</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |

|   |
|---|
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 403</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 404</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 405</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 406</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 407</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |

|   |
|---|
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 408</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 409</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 410</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |

|   |
|---|
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 411</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 412</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |

|   |
|---|
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 413</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 414</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 415</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 416</b> |
| nazwa:  |



|   |
|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 417</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 418</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 419</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 420**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 2**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 421**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

|   |
|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 422</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 423</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 424</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 425**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 426**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 427**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

|   |
|---|
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 428</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 429</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 430</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 431</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 432</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 433</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |

|   |
|---|
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 434</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 435</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |

|   |
|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 436</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 437</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 438</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |



|   |
|---|
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 439</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 440</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 441</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony:                                  |
| identyfikator REGON                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |
| telefon/ telefony                                   |
| Data dodania do wykazu                              |
| Data wykreślenia z wykazu                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 442</b> |

|   |
|---|
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony:                                |
| identyfikator REGON                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |

**znaczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19**

|   |                                |
|---|--------------------------------|
|   | <b>szczepienie personelu</b>   |
| Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie                     |                                |
| Kraków, 31-501, ul. Mikołaja Kopernika 36   |                                |
| +48 12 424 70 00, +48 12 424 70 01  |                                |
| 000288685   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie                     | <b>W</b>                       |
| ul. Jakubowskiego 2, 31-501 Kraków  |                                |
| tel.: +48 501 465 894   |                                |
| 09.03.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| SZPITAL TYMCZASOWY -SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE |                                |
| KRAKÓW, 31-501, Kopernika 50  |                                |
| 124248600   |                                |
| 09.03.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu</b>   |
| Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej      |                                |
| os. Na Skarpie 66, 31-913 Kraków  |                                |
| tel.: + 48 12 644 01 44, +48 12 622 94 65   |                                |
| 000630161   |                                |

|   |                                |
|---|--------------------------------|
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego<br>Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | <b>W</b>                       |
| os. Na Skarpie 66, 31-913 Kraków  |                                |
| tel.: +48 12 622 93 42  |                                |
| 09.03.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Poradnia chorób zakaźnych   |                                |
| KRAKÓW, 31-913, os. Na Skarpie 66   |                                |
| 126229502   |                                |
| 09.03.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Poradnia chorób zakaźnych dzieci - BUDYNEK H  |                                |
| KRAKÓW, 31-913, os. Na Skarpie 66 budynek H   |                                |
| 126229502   |                                |
| 16.04.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Poradnia medycyny pracy - BUDYNEK C   |                                |
| KRAKÓW, 31-913, os. Na Skarpie 66 budynek C   |                                |
| 126229502   |                                |
| 16.04.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu</b>   |
| Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie<br>sp. z o.o.                            |                                |

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków   |                                |
| tel. +48 12 646 8 502   |                                |
| 121188694   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.                             | <b>W</b>                       |
| KRAKÓW, 31-586, Galicyjska 9  |                                |
| tel.: +48 606 629 315   |                                |
| 09.03.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| EXPO KRAKÓW - POPULACYJNE Punkt szczepień   |                                |
| KRAKÓW, 31-586, Galicyjska 9  |                                |
| 727 797 074   |                                |
| 09.03.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie sp. z o.o. - EXPO KRAKÓW Szpital Tymczasowy |                                |
| KRAKÓW, 31-586, Galicyjska 9  |                                |
| 727 797 074   |                                |
| 09.03.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu</b>   |
| Szpital Wojewodzki im. Sw. Łukasza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie    |                                |
| ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów   |                                |

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| tel. +48 14 631 50 00   |                                |
| 850052740   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Szpital wojewódzki im. Św. Łukasza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotniczej w Tarnowie | <b>W</b>                       |
| ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów   |                                |
| tel.: +48 14 631 50 98  |                                |
| 09.03.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu</b>   |
| Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu                                 |                                |
| ul. Młyńska 10, 33 - 300 Nowy Sącz  |                                |
| + 48 18 443 88 77   |                                |
| 000306437   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu                                 | <b>W</b>                       |
| ul. Młyńska 10, 33 - 300 Nowy Sącz  |                                |
| tel.: +48 884 313 999   |                                |
| 09.03.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu</b>   |
| Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu                             |                                |
| ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ  |                                |
| +48 18 263 30 01  |                                |
| 000308324   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu                             | <b>W</b>                       |
| ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ  |                                |
| tel.: +48 18 263 31 26  |                                |

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| 09.03.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Gabinet Opieki Całodobowej Nocnej i Świątecznej Opieki<br>Zdrowotnej Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana<br>ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ |                                |
| 182633111   |                                |
| 26.03.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Punkt Szczepień Powszechnych - Starostwo<br>Powiatowe w Nowym Targu   |                                |
| NOWY TARG, 34-400, ul. Bolesława Wstydliwego 14   |                                |
| 182633111   |                                |
| 26.04.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu</b>   |
| Specjalistyczny Szpital im. E. Szczeklika w Tarnowie  |                                |
| ul. Szpitalna 13, 33-100 Tarnów   |                                |
| +48 14 63 10 100  |                                |
| 000313408   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Specjalistyczny Szpital im. E. Szczeklika w Tarnowie  |                                |
| ul. Szpitalna 13, 33-100 Tarnów   |                                |
| tel.: +48 698 812 000   | <b>W</b>                       |
| 09.03.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie</b>             |
| Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w<br>Mogilanech  |                                |
| MOGILANY, 32-031, ul. św. Bartłomieja Apostoła 21   |                                |
| 12 27 01 999, 12 27 01 270, 12 27 77 177  |                                |
| 351571541   |                                |
|   | <b>szczepienie</b>             |
| Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w<br>Mogilanech  |                                |
| MOGILANY, 32-031, Św. Bartłomieja Apostoła 21   |                                |
| 122777170   |                                |
| 09.03.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie</b>             |

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w<br>Proszowicach           |                                |
| Proszowice, 32-100, ul. Mikołaja Kopernika 13                              |                                |
| +48 12 386 51 00, +48 12 386 51 05   |                                |
| 000300593  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w<br>Proszowicach           |                                |
| Proszowice, 32-100, ul. Mikołaja Kopernika 13                              |                                |
| tel. +48 606 612 738   | <b>W</b>                       |
| 09.03.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Poradnia ogólna  |                                |
| ŁUCZYCE, 32-010, Dworska 1   |                                |
| 123871199  |                                |
| 09.03.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Poradnia ogólna  |                                |
| WIERZBNO, 32-104, 2  |                                |
| 123869299  |                                |
| 09.03.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Gabinet lekarza POZ  |                                |
| WAWRZEŃCZYCE, 32-125, 174  |                                |
| 122874009  |                                |
| 09.03.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Poradnia ogólna  |                                |
| IGOŁOMIA, 32-126, 16   |                                |
| 122873014  |                                |
| 09.03.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie</b>             |
| Szpital - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ W PROSZOWICACH |                                |
| PROSZOWICE, 32-100, Mikołaja Kopernika 13                                  |                                |
| 690117868  |                                |
| 09.03.2021   |                                |



|  |                                    |
|--|------------------------------------|
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| SAWIMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ LECZNICTWA<br>OTWARTEGO W WIELICZCE             |                                    |
| WIELICZKA, 32-020, ul. Bolesława Szpunara 20                                   |                                    |
| 12 27 82 824   |                                    |
| 350674687  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia Ogólna - SPZLO w Wielicze   |                                    |
| WIELICZKA, 32-020, Bolesława Szpunara 20                                       |                                    |
| 733030577  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| Szpital imiejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w<br>Krakowie        |                                    |
| KRAKÓW, 31-202, ul. Prądnicka 35-37  |                                    |
| 12 416 22 66   |                                    |
| 357207664  |                                    |
|  | <b>szczepienie personelu *</b>     |
| Szpital imiejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w<br>Krakowie        |                                    |
| ul. Prądnicka 35-37, 31-202 Kraków   | <b>W</b>                           |
| tel. +48 609 227 009   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| Szpital imiejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza -<br>PUNKT SZCZEPIEŃ |                                    |
| KRAKÓW, 31-202, Prądnicka 35-37  |                                    |
| 122578672  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w<br>Krakowie              |                                    |
| KRAKÓW, 31-202, ul. Prądnicka 80   |                                    |
| 126142000  |                                    |
| 000290073  |                                    |
|  | <b>szczepienie personelu *</b>     |
| Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w<br>Krakowie              |                                    |
| ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków,   | <b>W</b>                           |
| tel. +48 504 906 449   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| Wojewódzka Poradnia Szczepień Ochronnych                                       |                                    |
| KRAKÓW, 31-202, Prądnicka 80   |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 0126142237   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W GOŁCZY                         |                                    |
| GOŁCZA, 32-075, 80C-D  |                                    |
| 12 38 86 099   |                                    |
| 351566391  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| Gabinet lekarza POZ  |                                    |
| GOŁCZA, 32-075, 80 C-D   |                                    |
| 123886099  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W DZIEWINIE                      |                                    |
| DZIEWIN, 32-708, 48A   |                                    |
| 12 28 17 198; 12 28 17 124   |                                    |
| 351145212  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| OŚRODEK ZDROWIA W DZIEWINIE  |                                    |
| DZIEWIN, 32-708, 48 a  |                                    |
| 122817198  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| OŚRODEK ZDROWIA W DZIEWINIE - Z FILIĄ DZIAŁAJĄCĄ W<br>ŚWINIARACH                   |                                    |
| ŚWINIARY, 32-709, 117  |                                    |
| 122817002  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| SPECJALISTYCZNE CENTRUM DIAGNOSTYCZNO -<br>ZABIEGOWE MEDICINA SPÓŁKA Z OGRANICZONA |                                    |
| KRAKÓW, 31-559, ul. Stefana Rogozińskiego 5  |                                    |
| 124173311  |                                    |
| 008397907  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet Lekarza POZ  |                                    |
| KRAKÓW, 31-559, Grzegórzecka 67C   |                                    |
| 123457001  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy  |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| KRAKÓW, 30-307, Barska 12  |                                    |
| 122665062  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy  |                                    |
| KRAKÓW, 31-559, Stefana Rogozińskiego 5  |                                    |
| 124173311  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| CENTRUM MEDYCZNE UJASTEK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                              |                                    |
| KRAKÓW, 31-752, ul. Ujastek 3  |                                    |
| 12 68 33 800   |                                    |
| 350887420  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień Centrum Medyczne "Ujastek"   |                                    |
| KRAKÓW, 31-752, Ujastek 3  |                                    |
| 126833844  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| PRACOWNIA GRUPOWA LEKARZY RODZINNYCH Spółka z<br>ograniczoną odpowiedzialnością                  |                                    |
| KRAKÓW, 31-061, ul. Bocheńska 4  |                                    |
| 12 43 05 773   |                                    |
| 351063365  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Grupowa<br>Lekarzy Rodzinnych                     |                                    |
| KRAKÓW, 31-061, Bocheńska 4  |                                    |
| 124305773  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| INŻYNIERSTWO SPECJALISTYCZNA PRZETOCZODNIA LECZNICZA<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ                     |                                    |
| KRAKÓW, 30-415, ul. Bonarka 18   |                                    |
| 12 26 62 195   |                                    |
| 351269256  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| Poradnia lekarza POZ   |                                    |
| KRAKÓW, 30-415, Bonarka 18   |                                    |
| 122662195  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - PRAKTYKA<br>LEKARZY RODZINNYCH ZOŁA KRAL JOANNA SIKOWSKA |                                    |

|   |                    |
|---|--------------------|
| KRAKÓW, 31-636, Osiedle Oświecenia 45   |                    |
| +48 126410400   |                    |
| 351356469   |                    |
|   | <b>szczepienie</b> |
| Poradnia lekarza rodzinnego   |                    |
| KRAKÓW, 31-636, os. Oświecenia 45   |                    |
| 126410400   |                    |
| 09.03.2021  |                    |
|   |                    |
|   | <b>szczepienie</b> |
| DIAGNOSTYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                      |                    |
| KRAKÓW, 31-864, ul. prof. Michała Życzkowskiego 16  |                    |
| 12 29 50 100  |                    |
| 356366975   |                    |
|   | <b>szczepienie</b> |
| Punkt szczepień   |                    |
| KRAKÓW, 31-864, Prof. Michała Życzkowskiego 16  |                    |
| 122950100   |                    |
| 09.03.2021  |                    |
|   |                    |
|   | <b>szczepienie</b> |
| Punkt Szczepień   |                    |
| KRAKÓW, 31-034, Mikołaja Kopernika 8  |                    |
| 122950100   |                    |
| 09.03.2021  |                    |
|   |                    |
|   | <b>szczepienie</b> |
| GRUPOWA PRAKTYKA LECIĄSKA - OŚRODEK ZDROWIA W<br>SIEPRAWIE IOLANTA DOBROWSKA - SPÓŁKA JAWNA |                    |
| SIEPRAW, 32-447, 898  |                    |
| 12 27 46 030  |                    |
| 351492215   |                    |
|   | <b>szczepienie</b> |
| Poradnia Lekarza POZ  |                    |
| SIEPRAW, 32-447, 741  |                    |
| 122746030   |                    |
| 09.03.2021  |                    |
|   |                    |
|   | <b>szczepienie</b> |
| LEKARZE RODZINNI E.FIGIEL,M.FIGIEL S.C.   |                    |
| KRAKÓW, 31-235, ul. Koło Białuchy 25  |                    |
| 12 25 00 670  |                    |
| 351514320   |                    |
|   | <b>szczepienie</b> |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarzy<br>Rodzinnych                        |                    |
| TRĄBKI, 32-020, 159   |                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 602702915  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| "SANO-MED" Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością                         |                                    |
| NOWE BRZESKO, 32-120, Partyzantów 4  |                                    |
| 12 38 52 012   |                                    |
| 351521201  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| SANO-MED SP.Z O.O.   |                                    |
| NOWE BRZESKO, 32-120, PARTYZANTÓW 4  |                                    |
| 12 3852012   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| PRZYCHODNIA MEDYCyny RODZINNEJ SPÓŁKA Z<br>OGRA NICZONA ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| SUŁKOWICE, 32-440, ul. Szkolna 9   |                                    |
| 2732173  |                                    |
| 351535798  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Przychodnia Medycyny Rodzinnej w Sułkowicach                               |                                    |
| SUŁKOWICE, 32-440, Szkolna 9   |                                    |
| 883314866  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| Przychodnia Medycyny Rodzinnej-Punkt Lekarski w<br>Izdebniku               |                                    |
| IZDEBNIK, 34-144, Krakowska 9  |                                    |
| 883314866  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| Przychodnia Medycyny Rodzinnej-Oddział w Lanckoronie                       |                                    |
| LANCKORONA, 34-143, 10   |                                    |
| 883314866  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO ELŻBIETA WODNIAK                               |                                    |
| WIŚNIOWA, 32-412, 1  |                                    |
| 501 008 281  |                                    |
| 351518297  |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| Gabinet Lekarza Rodzinnego   |                                    |
| WIŚNIOWA, 32-412, 1  |                                    |
| 501008281  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| Lucyna Kufel   |                                    |
| ZIELONKI, 32-087, ul. Galicyjska 15  |                                    |
| 12 28 50 014   |                                    |
| 351306715  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| NZOZ Gabinet Lekarza Rodzinnego lek. med. Lucyna Kufel   |                                    |
| ZIELONKI, 32-087, Galicyjska 15  |                                    |
| 122850014  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| MARLEONZATA SOWIŃSKA-SOWA NIETODLICZNY ZAKŁAD<br>OPIEKI ZDROWOTNEJ - PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO |                                    |
| RYBNA, 32-061, ul. Lawendowa 2   |                                    |
| 12 28 04 004   |                                    |
| 351562737  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| punkt szczepień NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego   |                                    |
| RYBNA, 32-061, Lawendowa 2   |                                    |
| 122804004  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| punkt szczepień NZOZ - Praktyka Lekarza Rodzinnego Pim<br>Krzysztofów                            |                                    |
| KRZESZOWICE, 32-065, Legionów Polskich 7A  |                                    |
| 122826580  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| TOMASZ SOBALSKI  |                                    |
| ZIELONKI, 32-087, ul. Galicyjska 15  |                                    |
| 601 461 105  |                                    |
| 351258376  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gabinet Lekarza<br>Rodzinnego lek. med. Tomasz Sobalski    |                                    |
| ZIELONKI, 32-087, Galicyjska 15  |                                    |
| 122850112  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie</b>                 |
| Andrzej zajęł Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>Batowice   |                                    |
| BATOWICE, 32-086, ul. Karola Wojtyły 110                          |                                    |
| 12 28 59 417  |                                    |
| 351304969   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet(poradnia) podstawowej opieki zdrowotnej                   |                                    |
| BATOWICE, 32-086, Karola Wojtyły 110                              |                                    |
| 122859417   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| RAFAŁ KACORZYK  |                                    |
| KRAKÓW, 30-092, ul. Krakusów 1B/2                                 |                                    |
| 12 63 86 632  |                                    |
| 351304410   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| punkt szczepień NZOZ Gabinet Lekarza Rodzinnego Karol<br>Kacorzyk |                                    |
| BRZOZÓWKA, 32-088, krakowska 20                                   |                                    |
| 124194817   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie</b>                 |
| MARAGONAZA KOLIS-MACHETA CENTRUM MEDYCZNO -<br>DIAGNOSTYCZNE      |                                    |
| KRAKÓW, 30-015, ul. Cieszyńska 16                                 |                                    |
| 609 533 656   |                                    |
| 350524730   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| PORADNIA LEKARZA POZ  |                                    |
| KRAKÓW, 30-015, Cieszyńska 16                                     |                                    |
| 122221240   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |

|  |                                |
|--|--------------------------------|
|  | <b>szczepienie</b>             |
| Praktyka Grupowa Lekarzy Rodzinnych Spółka Jawna<br>Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Euro |                                |
| KRAKÓW, 31-869, os. 2 Pułku Lotniczego 22  |                                |
| 12 64 91 321   |                                |
| 351562602  |                                |
|  | <b>szczepienie</b>             |
| Poradnia Lekarza Rodzinnego  |                                |
| KRAKÓW, 31-869, os. 2 Pułku Lotniczego 22  |                                |
| 126491321  |                                |
| 09.03.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie</b>             |
| Zespół Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Tarnowskiej  |                                |
| Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1   |                                |
| +48 014 642 28 31, + 48 014 642 27 50  |                                |
| 000304361  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Zespół Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Tarnowskiej  |                                |
| Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1   | <b>W</b>                       |
| tel.: +48 603131338  |                                |
| 09.03.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie</b>             |
| Szpitalna Przychodnia Rodzinna   |                                |
| DĄBROWA TARNOWSKA, 33-200, Szpitalna 1   |                                |
| 146422831  |                                |
| 09.03.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie</b>             |
| GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W OLEŚNIE  |                                |
| OLESNO, 33-210, ul. Leśna 10   |                                |
| 14 64 11 011   |                                |
| 850446574  |                                |
|  | <b>szczepienie</b>             |
| Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki<br>zdrowotnej                                    |                                |
| OLESNO, 33-210, Leśna 10   |                                |
| 146411011  |                                |
| 09.03.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie</b>             |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ W RZEZAWIE                            |                                |
| RZEZAWA, 32-765, ul. Wiśniowa 30   |                                |
| 14 68 58 410   |                                |
| 850521962  |                                |
|  | <b>szczepienie</b>             |
| Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej   |                                |



|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| RZEZAWA, 32-765, Wiśniowa 30   |                                    |
| 146127818  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| MOSCICKIE CENTRUM MEDYCZNE SPOŁKA Z<br>OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                                    |
| TARNÓW, 33-101, ul. Eugeniusza Kwiatkowskiego 15   |                                    |
| 14 68 80 511   |                                    |
| 851664020  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| Poradnia Rodzinna  |                                    |
| TARNÓW, 33-101, E. Kwiatkowskiego 15   |                                    |
| tel: 14 688 05 50  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| MOSCICKIE CENTRUM MEDYCZNE SPOŁKA Z<br>OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                                    |
| TARNÓW, 33-101, E. Kwiatkowskiego 15   |                                    |
| tel: 14 688 05 50  | <b>P</b>                           |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| CENTERMED SPOŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                                    |
| TARNÓW, 33-100, pl. Jana Sobieskiego 2   |                                    |
| 14 63 14 800   |                                    |
| 851659993  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| Centermed Sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki<br>Zdrowotnej, Przechodnia Diagnostyczna, Lekarska, Filia Nr 2 |                                    |
| TARNÓW, 33-100, Kazimierza Pułaskiego 92   |                                    |
| 14 62 70 810   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Centermed Sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>Przechodnia Diagnostyczna, Lekarska, Filia Nr 2  |                                    |
| ZGŁOBICE, 33-113, Zgłobicka 9  |                                    |
| 146743021  |                                    |
| 26.03.2021   |                                    |
|  |                                    |

|   |                                  |
|---|----------------------------------|
|   | <b>szczepienie</b>               |
| Centermed Sp z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>Dziewięćdziesiątka Diagnostyczna Lekarska Brzeskie Centrum<br>Brzesko, 32-800, Browarna 5c |                                  |
| 146635141   |                                  |
| 26.03.2021  |                                  |
|   |                                  |
|   | <b>szczepienie</b>               |
| Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w<br>Brzesku   |                                  |
| Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko  |                                  |
| tel. +48 14 662 10 00   |                                  |
| 000304355   |                                  |
|   | <b>szczepienie personelu *</b>   |
| Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w<br>Brzesku   |                                  |
| Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko  | <b>W</b>                         |
| tel.: +48 511438360   |                                  |
| 09.03.2021  |                                  |
|   |                                  |
|   | <b>szczepienie</b>               |
| Poradnia ogólna   |                                  |
| BRZESKO, 32-800, Tadeusza Kościuszki 68   |                                  |
| 146621171   |                                  |
| 09.03.2021  |                                  |
|   |                                  |
|   | <b>szczepienie</b>               |
| PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH SPZOZ W BRZESKU  |                                  |
| BRZESKO, 32-800, Tadeusza Kościuszki 68   |                                  |
| 509 640 404   |                                  |
| 509 640 423   |                                  |
| 21.04.2021  |                                  |
|   |                                  |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b> |
| OŚRODEK ZDROWIA W ŁUKOWICY SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                                  |
| NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Bohaterów Orła Białego 82  |                                  |
| 18 3335014  |                                  |
| 366213181   |                                  |
|   | <b>szczepienie</b>               |
| Gabinet zabiegowy   |                                  |
| ŁUKOWICA, 34-606, 8   |                                  |
| 183335014   |                                  |
| 09.03.2021  |                                  |
|   |                                  |
|   | <b>szczepienie</b>               |
| UZDROWISKO SZCZAWNICA SPÓŁKA AKCYJNA  |                                  |
| SZCZAWNICA, 34-460, ul. Zdrojowa 26   |                                  |

|   |                                  |
|---|----------------------------------|
| 185400420   |                                  |
| 000288219   |                                  |
|   | <b>szczepienie</b>               |
| Przychodnia Uzdrawiskowa  |                                  |
| SZCZAWNICA, 34-460, Park Górny 2  |                                  |
| 18 26 22 220  |                                  |
| 09.03.2021  |                                  |
|   |                                  |
|   | <b>szczepienie personelu *</b>   |
| UZDROWISKO SZCZAWNICA SPÓŁKA AKCYJNA  |                                  |
| SZCZAWNICA, 34-460, ul. Zdrojowa 26   | <b>P</b>                         |
| tel: 1805400420   |                                  |
| 09.03.2021  |                                  |
|   |                                  |
|   | <b>szczepienie</b>               |
| NZOZ JODŁOWNIK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA                            |                                  |
| JODŁOWNIK, 34-620, 174  |                                  |
| 18 33 21 120  |                                  |
| 369412640   |                                  |
|   | <b>szczepienie</b>               |
| punkt szczepień Gabinet Lekarza POZ   |                                  |
| JODŁOWNIK, 34-620, 174  |                                  |
| 183321120   |                                  |
| 09.03.2021  |                                  |
|   |                                  |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b> |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "LEKARZ<br>RODZINNY" EDYTA MRÓZ, MARCIN MRÓZ SPÓŁKA<br>PARTNERSKA |                                  |
| ŁABOWA, 33-336, 284   |                                  |
| 18 47 11 286  |                                  |
| 121409267   |                                  |
|   | <b>szczepienie</b>               |
| Punkt szczepień   |                                  |
| ŁABOWA, 33-336, 284   |                                  |
| 184711286   |                                  |
| 09.03.2021  |                                  |
|   |                                  |
|   | <b>szczepienie</b>               |
| "UZDROWISKO KRYNICA-ŻEGIESTÓW" SPÓŁKA AKCYJNA   |                                  |
| KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, al. Aleja inż. Nowotarskiego 9/4   |                                  |
| 18471201  |                                  |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 491900275   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Sanatorium Uzdrowskowie Patria                        |                                    |
| KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, Kazimierza Pułaskiego 35       |                                    |
| 184712811   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie</b>                 |
| Dziedzic Janusz Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej |                                    |
| SŁOPNICE, 34-615, 518                                 |                                    |
| 18 3326004  |                                    |
| 121403543   |                                    |
|   | <b>szczepienie</b>                 |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Słopnicach    |                                    |
| SŁOPNICE, 34-615, 518                                 |                                    |
| 183326004   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Stanisława Kucharska                                  |                                    |
| SZCZAWA, 34-607, 425                                  |                                    |
| 18 33 24 015  |                                    |
| 490103453   |                                    |
|   | <b>szczepienie</b>                 |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szczawie      |                                    |
| SZCZAWA, 34-607, 425                                  |                                    |
| 183324015   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie</b>                 |
| BOR-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ    |                                    |
| KRASNE-LASOCICE, 34-620, 192                          |                                    |
| 18 33 21 403  |                                    |
| 360679085   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Bor-Med - PUNKT SZCZEPIEŃ                             |                                    |
| KRASNE-LASOCICE, 34-620, Krasne 192                   |                                    |

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| 183321403  |                                |
| 09.03.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie</b>             |
| Gabinet Lekarza Rodzinnego - PUNKT SZCZEPIENÍ  |                                |
| ŁAPANOW, 32-740, 185   |                                |
| 146853425  |                                |
| 09.03.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie</b>             |
| Szpital Powiatowy im. dr. Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem                                |                                |
| ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane  |                                |
| tel. +48 18 20 120 21, +48 18 20 153 51  |                                |
| 000311510  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Szpital Powiatowy im. dr. Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem                                |                                |
| ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane  | <b>W</b>                       |
| tel. +48 572 703 346   |                                |
| 09.03.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie</b>             |
| Poradnia lekarza POZ   |                                |
| ZAKOPANE, 34-500, Kamieniec 10   |                                |
| 182012021  |                                |
| 09.03.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie</b>             |
| Punkt Szczepień Powszechnych - Szpital Powiatowy im. dr. Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem |                                |
| ZAKOPANE, 34-500, Kamieniec 10   |                                |
| 182012021 264  |                                |
| 23.04.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie</b>             |
| Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach                              |                                |
| ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice   |                                |
| tel. +48 18 35 -53-200   |                                |
| 000308614  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach                              |                                |
| ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice   | <b>W</b>                       |
| tel. +48 606999740   |                                |
| 09.03.2021   |                                |
|  |                                |

|  |                    |
|--|--------------------|
|  | <b>szczepienie</b> |
| Gabinet lekarza POZ  |                    |
| GORLICE, 38-300, Węgierska 21  |                    |
| 183553260  |                    |
| 09.03.2021   |                    |
|  |                    |
|  | <b>szczepienie</b> |
| Punkt Szczepień Powszechnych   |                    |
| GORLICE, 38-300, Sportowa 9  |                    |
| 183553222  |                    |
| 21.04.2021   |                    |
|  |                    |
|  | <b>szczepienie</b> |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA<br>W MANIOWACH                          |                    |
| MANIOWY, 34-436, ul. Gorczańska 6  |                    |
| 18 27 50 088   |                    |
| 490687997  |                    |
|  | <b>szczepienie</b> |
| Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek zdrowia w<br>MANIOWACH                          |                    |
| MANIOWY, 34-436, GORCZAŃSKA 6  |                    |
| 182750088  |                    |
| 09.03.2021   |                    |
|  |                    |
|  | <b>szczepienie</b> |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W NAPRAWIE                         |                    |
| NAPRAWA, 34-240, 477   |                    |
| 18 26 72 012   |                    |
| 357168480  |                    |
|  | <b>szczepienie</b> |
| Gabinet szczepień  |                    |
| NAPRAWA, 34-240, 477   |                    |
| 182672012  |                    |
| 09.03.2021   |                    |
|  |                    |
|  | <b>szczepienie</b> |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W LIPNICY WIELKIEJ                 |                    |
| LIPNICA WIELKA, 34-483, 517  |                    |
| 18 26 34 504   |                    |
| 490664565  |                    |
|  | <b>szczepienie</b> |
| Punkt szczepień SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD<br>OPIEKI ZDROWOTNEJ W LIPNICY WIELKIEJ |                    |
| LIPNICA WIELKA, 34-483, 517  |                    |
| 182634504  |                    |
| 09.03.2021   |                    |
|  |                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA<br>W ŁAPSZACH NIŻNYCH                 |                                    |
| ŁAPSZE NIŻNE, 34-442, ul. Długa 169  |                                    |
| 182659398  |                                    |
| 490529927  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| Punkt szczepień Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek<br>Zdrowia w Łapszach Niżnych |                                    |
| ŁAPSZE NIŻNE, 34-442, Długa 169  |                                    |
| 182659398  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA<br>W SZAFARACH                        |                                    |
| SZAFLARY, 34-424, UL. WŁADYSŁAWA ORKANA 37C  |                                    |
| 18 27 54 776   |                                    |
| 490765680  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA<br>W SZAFLARACH                       |                                    |
| SZAFLARY, 34-424, Orkana 37c   |                                    |
| 182754776  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu  |                                    |
| OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Wysokie Brzegi 4   |                                    |
| 33 844 82 00   |                                    |
| 000304409  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu  |                                    |
| Wysokie Brzegi 4, 32-600 Oświęcim  | <b>W</b>                           |
| tel. +48 605666823   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W WIEPRZU                        |                                    |
| WIEPRZ, 34-122, ul. Wadowicka 3  |                                    |
| 33 870 67 60   |                                    |
| 072135480  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| Poradnia lekarza poz   |                                    |
| WIEPRZ, 34-122, Wadowicka 3  |                                    |
| 338755052  |                                    |

|   |                    |
|---|--------------------|
| 09.03.2021  |                    |
|   |                    |
|   | <b>szczepienie</b> |
| Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mucharzu                     |                    |
| MUCHARZ, 34-106, 226  |                    |
| 33 8761410  |                    |
| 070745010   |                    |
|   | <b>szczepienie</b> |
| Ośrodek Zdrowia w Mucharzu  |                    |
| MUCHARZ, 34-106, 226  |                    |
| 338761410   |                    |
| 09.03.2021  |                    |
|   |                    |
|   | <b>szczepienie</b> |
| Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Zembrzycach                     |                    |
| ZEMBRZYCE, 34-210, 541  |                    |
| 33 8746010  |                    |
| 072140914   |                    |
|   | <b>szczepienie</b> |
| Poradnia lekarza POZ  |                    |
| ZEMBRZYCE, 34-210, 541  |                    |
| 338746010   |                    |
| 09.03.2021  |                    |
|   |                    |
|   | <b>szczepienie</b> |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>OŚRODEK ZDROWIA W BIEŃKÓWCE |                    |
| BIEŃKÓWKA, 34-212, 410  |                    |
| 33 874 01 61  |                    |
| 072148614   |                    |
|   | <b>szczepienie</b> |
| Ośrodek Zdrowia w Bieńkówce   |                    |
| BIEŃKÓWKA, 34-212, 410  |                    |
| 33 874 01 61  |                    |
| 09.03.2021  |                    |
|   |                    |
|   | <b>szczepienie</b> |
| Miejska Przychodnia Zdrowia w Suchej Beskidzkiej                              |                    |
| SUCHA BESKIDZKA, 34-200, ul. Handlowa 1                                       |                    |
| 33 874 28 17  |                    |
| 072127871   |                    |
|   | <b>szczepienie</b> |
| Miejska Przychodnia Zdrowia w Suchej Beskidzkiej                              |                    |
| SUCHA BESKIDZKA, 34-200, Handlowa 1   |                    |



|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 338742817   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie</b>                 |
| Miejska Przychodnia Zdrowia                       |                                    |
| MAKÓW PODHALAŃSKI, 34-220, ul. Kościuszki 1       |                                    |
| 33 877 18 17                                      |                                    |
| 072122885   |                                    |
|   | <b>szczepienie</b>                 |
| Miejska Przychodnia Zdrowia                       |                                    |
| MAKÓW PODHALAŃSKI, 34-220, Kościuszki 1           |                                    |
| 338771817   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| WIEJSKI OŚRODEK ZDROWIA W JUSZCZYŃNIE             |                                    |
| JUSZCZYŃ, 34-231, 542                             |                                    |
| 33 8771443  |                                    |
| 072122879   |                                    |
|   | <b>szczepienie</b>                 |
| Wiejski Ośrodek Zdrowia w Juszczyńie              |                                    |
| JUSZCZYŃ, 34-231, 542                             |                                    |
| 338771443   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W<br>SPYTKOWICACH |                                    |
| SPYTKOWICE, 34-116, ul. Szkolna 1                 |                                    |
| 33 87 91 828                                      |                                    |
| 072148962   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ                    |                                    |
| SPYTKOWICE, 34-116, SZKOLNA 1                     |                                    |
| 338791828   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Stryszowie                 |                                    |
| STRYSZÓW, 34-146, 557  |                                    |
| 33 8797585   |                                    |
| 357002838  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| punkt szczepień Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Stryszowie |                                    |
| STRYSZÓW, 34-146, 557  |                                    |
| 338797495  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kalwarii Zebrzydowskiej |                                    |
| KALWARIA ZEBRZYDOWSKA, 34-130, al. Jana Pawła II 7                       |                                    |
| 33 8766 437  |                                    |
| 357002301  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Miejska Przychodnia Zdrowia w Kalwarii Zebrzydowskiej                    |                                    |
| KALWARIA ZEBRZYDOWSKA, 34-130, Jana Pawła II 7                           |                                    |
| 338766437  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Wiejski Ośrodek Zdrowia w Leńczach                                       |                                    |
| LEŃCZE, 34-130, 284  |                                    |
| 338768795  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| Wiejski Ośrodek Zdrowia w Przytkowicach   |                                    |
| PRZYTKOWICE, 34-141, 416  |                                    |
| 338768425   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień Powszechnych w Kalwarii<br>Zebrzydowskiej - Hala Sportowa Zespół Szkół nr 1 |                                    |
| KALWARIA ZEBRZYDOWSKA, 34-130, ul. Mickiewicza 14   |                                    |
| 518514673   |                                    |
| 26.04.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w<br>Chełmku                                    |                                    |
| CHEŁMEK, 32-660, ul. Staicha 1  |                                    |
| 33 846 14 61, 846 11 69, 846 12 02  |                                    |
| 357007652   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w<br>Chełmku                                    |                                    |
| CHEŁMEK, 32-660, ul. Staicha 1  |                                    |
| 338461202   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| SG ZOZ w Chełmku - Hala sportowa  |                                    |
| CHEŁMEK, 32-660, ul. Krakowska 18   |                                    |
| 338461461   |                                    |
| 16.04.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| ZAKŁAD LECZNICTWA AMBULATORYJNEGO W<br>CHRZANOWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| CHRZANÓW, 32-500, ul. Sokoła 19  |                                    |
| 32 62 32 211   |                                    |
| 276218481  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień - ZLA w Chrzanowie   |                                    |
| CHRZANÓW, 32-500, Sokoła 19  |                                    |
| 32 610 00 49   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień - ZLA Chrzanów   |                                    |
| CHRZANÓW, 32-500, Broniewskiego 16c  |                                    |
| 32 623 44 68   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień - ZLA Chrzanów   |                                    |
| CHRZANÓW, 32-500, Kalinowa 7   |                                    |
| 32 661 87 57   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej - ZLA Chrzanów  |                                    |
| LUSZOWICE, 32-500, Strażacka 8   |                                    |
| 327115050  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej - ZLA Chrzanów                  |                                    |
| BALIN, 32-500, Wyzwolenia 65   |                                    |
| 32 613 17 87   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej - ZLA<br>Chrzanów               |                                    |
| PŁAZA, 32-552, Jana Korczaka 2   |                                    |
| 326131250  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej - ZLA Chrzanów                  |                                    |
| CHRZANÓW, 32-500, ul. Kolonia Stella 19/1                              |                                    |
| 32 623 04 32   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| "DIABET" CENTRUM MEDYCZNE S.C. LESZEK<br>ROMANOWSKI BARBARA ROMANOWSKA |                                    |
| CHRZANÓW, 32-500, ul. Kościuszki 18                                    |                                    |
| 32 62 31 373   |                                    |
| 851722668  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Przychodnia - Centrum Wielospecjalistycznej Opieki<br>Ambulatoryjnej   |                                    |
| CHRZANÓW, 32-500, Kościuszki 18  |                                    |
| 326231373  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| JAROSŁAW KUBICKI  |                                    |
| GDÓW, 32-420, 336   |                                    |
| 602 773 919   |                                    |
| 350693532   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| PORADNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ  |                                    |
| GDÓW, 32-420, 1349  |                                    |
| 122514009   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŻEGOCINIE                                   |                                    |
| ŻEGOCINA, 32-731, 232   |                                    |
| 14 61 32 034  |                                    |
| 851712635   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŻEGOCINIE                                   |                                    |
| ŻEGOCINA, 32-731, 232   |                                    |
| 146132034   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| OLAF DUBIEL   |                                    |
| GDÓW, 32-420, 402   |                                    |
| 12 25 14 829  |                                    |
| 350314530   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Olaf Dubiel |                                    |
| GDÓW, 32-420, 402   |                                    |
| 12 25 14 829  |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KĘTACH     |                                    |
| KĘTY, 32-650, ul. Jana III Sobieskiego 45    |                                    |
| 33 84 52 036 , 33 84 52 740                  |                                    |
| 357029926                                    |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| punkt szczepień Przychodnia Zdrowia w Kętach |                                    |
| KĘTY, 32-650, Jana III Sobieskiego 35a       |                                    |
| 338452036                                    |                                    |
| 09.03.2021                                   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| punkt szczepień Ośrodek Zdrowia w Bielanych  |                                    |
| BIELANY, 32-651, Łęcka 10                    |                                    |
| 338486610                                    |                                    |
| 09.03.2021                                   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| punkt szczepień Ośrodek Zdrowia w Bulowicach |                                    |
| BULOWICE, 35-652, Bielska 63                 |                                    |
| 338453599                                    |                                    |
| 09.03.2021                                   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| punkt szczepień Ośrodek Zdrowia w Malcu      |                                    |
| MALEC, 35-651, Świętojańska 65               |                                    |
| 338455220                                    |                                    |
| 09.03.2021                                   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| punkt szczepień Ośrodek Zdrowia w Witkowicach                      |                                    |
| WITKOWICE, 32-650, Dworska 50                                      |                                    |
| 338485099  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień Powszechnych Hala OSiR                             |                                    |
| KĘTY, 32-650, os. Nad sołą 29                                      |                                    |
| 887035240  |                                    |
| 26.04.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Maria Maruszak-Wojtas  |                                    |
| ZAKLICZYN, 32-840, ul. Grabina 27A                                 |                                    |
| 14 66 53 533   |                                    |
| 851750245  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej                |                                    |
| ZAKLICZYN, 32-840, Grabina 27A                                     |                                    |
| 146653533  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY MIEJSKI ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ W BOCHNI |                                    |
| BOCHNIA, 32-700, ul. Floris 16                                     |                                    |
| 14 6117028   |                                    |
| 851736920  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Samodzielny Publiczny Miejski Zakład Opieki Zdrowotnej<br>w Bochni |                                    |
| BOCHNIA, 32-700, Floris 16   |                                    |



|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 146153628  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZEGINI<br>JANUSZ ZALEWSKI                                      |                                    |
| PRZEGINIA, 32-049, 371   |                                    |
| 12 38 98 017   |                                    |
| 357031314  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gabinet Lekarza<br>Rodzinnego Lek. Med. Janusz Zalewski w Przegini |                                    |
| PRZEGINIA, 32-049, 371   |                                    |
| 123898017  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Przegini Filia w<br>Skale  |                                    |
| SKAŁA, 32-043, Rynek 8   |                                    |
| 123892797  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| ANNA TENEROWICZ  |                                    |
| ZAGÓRZANY, 38-333, 235   |                                    |
| 18 35 30 460   |                                    |
| 491904570  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ "OŚRODEK ZDROWIA" W ZAGÓRZANACH                 |                                    |
| ZAGÓRZANY, 38-333, 235   |                                    |
| 183512893  |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| OŚRODEK ZDROWIA W MOSZCZENICY SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ     |                                    |
| MOSZCZENICA, 38-321, ul. Samorządowa 5                                       |                                    |
| 183541005  |                                    |
| 491971163  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Ośrodek Zdrowia w Moszczenicy  |                                    |
| MOSZCZENICA, 38-321, Samorządowa 5   |                                    |
| 501297080  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia lekarza POZ OŚRODEK ZDROWIA W<br>MOSZCZENICY                        |                                    |
| STASZKÓWKA, 38-321, Strażacka 5  |                                    |
| 501297080  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ W LIPNICY MUROWANEJ |                                    |
| LIPNICA MUROWANA, 32-724, 49   |                                    |
| 14 68 52 628   |                                    |
| 851665835  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| punkt szczepień Samodzielny Publiczny Gminny Zakład<br>Opieki Zdrowotnej     |                                    |
| LIPNICA MUROWANA, 32-724, 49   |                                    |
| 146852628  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ<br>OPIEKI ZDROWOTNEJ W MUSZYNIE   |                                    |
| MUSZYNA, 33-370, ul. Zefirka 6   |                                    |
| 18 47 14 037   |                                    |
| 491974204  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ<br>OPIEKI ZDROWOTNEJ W MUSZYNIE   |                                    |
| MUSZYNA, 33-370, Zefirka 6   |                                    |
| 184714037  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| ZDROWIE RODZINY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ       |                                    |
| PODEGRODZIE, 33-386, 255   |                                    |
| 18 44 58 578   |                                    |
| 491972582  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet internistyczny (poradnia lekarza poz) ZDROWIE<br>RODZINY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY |                                    |
| BRZEZNA, 33-386, 311   |                                    |
| 184458578  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Natalia Szopińska  |                                    |
| JAZOWSKO, 33-389, 120  |                                    |
| 18 44 47 008   |                                    |
| 491973676  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w<br>Jazowsku  |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| JAZOWSKO, 33-389, 120   |                                    |
| 184447273   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Małgorzata Wojewoda   |                                    |
| TYLICZ, 33-383, ul. Boczna 6  |                                    |
| 18 471 1325   |                                    |
| 491897521   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tyliczu                         |                                    |
| TYLICZ, 33-383, Boczna 6  |                                    |
| 184711325   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| ALFA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ<br>SPÓŁKA KOMANDYTOWA      |                                    |
| KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, ul. Władysława Reymonta 21                       |                                    |
| 18 47 12 971  |                                    |
| 120540456   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ALFA w<br>Krynicy Zdroju |                                    |
| KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, Reymonta 21 21                                   |                                    |
| 184712971   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia Lekarza podstawowej opieki zdrowotnej<br>Klęczany              |                                    |
| KŁĘCZANY, 33-394, 182   |                                    |
| 184433615   |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| OŚRODEK PEDIATRYCZNO - INTERNISTYCZNY MYŚLENICE<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                    |                                    |
| MYŚLENICE, 32-400, ul. Juliusza Słowackiego 88  |                                    |
| 12 27 20 411  |                                    |
| 357042080   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia (Gabinet) Lekarza POZ  |                                    |
| MYŚLENICE, 32-400, Juliusza Słowackiego 88  |                                    |
| 122720411   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RYTRZE<br>"TELMED" S.C.   |                                    |
| RYTRO, 33-343, 541  |                                    |
| 18 44 69 002  |                                    |
| 491974256   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia Lekarza POZ  |                                    |
| RYTRO , 33-343, 541   |                                    |
| 184469002   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE"<br>S.C. DOROTA STACHURA-BIEDROŃ, MARIA KOLCZYŃSKA-<br>CZEPIEC |                                    |
| RUDAWA, 32-064, ul. Antoniny Domańskiej 24  |                                    |
| 12 28 38 091  |                                    |
| 357060557   |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia lekarza rodzinnego  |                                    |
| RUDAWA, 32-064, Antoniny Domańskiej 24   |                                    |
| 602117072  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| MEDIC-KOLOR Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                      |                                    |
| KRAKÓW, 31-941, os. Kolorowe 21  |                                    |
| 12 64 44 311   |                                    |
| 357033431  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| punkt szczepień MEDIC-KOLOR  |                                    |
| KRAKÓW, 31-941, os. Kolorowe 21  |                                    |
| 126444311  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Dorota Bogucka-Świeboda  |                                    |
| ŁĄCKO, 33-390, 140   |                                    |
| 18 44 46 304   |                                    |
| 491937500  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet lekarza POZ Niepubliczny Zakład Opieki<br>Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego |                                    |
| ŁĄCKO, 33-390, 140   |                                    |
| 7820095660   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Krystyna Piwowar-Klag  |                                    |
| ŁĄCKO, 33-390, 662   |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 18 4446024   |                                    |
| 490605172  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| punkt szczepień Gabinet pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnej Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "KLAG-MED" |                                    |
| ŁĄCKO, 33-390, 662   |                                    |
| 184446024  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| KRZYSZTOF PTAK PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO   |                                    |
| GDÓW, 32-420, 402  |                                    |
| 12 25 14 488   |                                    |
| 350326325  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Praktyka Lekarza Rodzinnego  |                                    |
| GDÓW, 32-420, 402  |                                    |
| 122514488  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| PORADNIA MEDYCyny RODZINNEJ S.C. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ   |                                    |
| ŁAPANÓW, 32-740, 186   |                                    |
| 14 61 34 401   |                                    |
| 357057710  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia lekarza rodzinnego  |                                    |
| ŁAPANÓW, 32-740, 186   |                                    |
| 14 61 34 401   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W<br>MĘDRZECHOWIE                              |                                    |
| MĘDRZECHÓW, 33-221, 325  |                                    |
| 14 64 37 114   |                                    |
| 851748774  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień  |                                    |
| MĘDRZECHÓW, 33-221, 325  |                                    |
| 14 64 37 114   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| CENTRUM DOKTOR JAWOREK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ              |                                    |
| BĘBŁO, 32-089, ul. Kwiatowa 5  |                                    |
| 12 41 93 610   |                                    |
| 362894110  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Centrum Doktor Jaworek   |                                    |
| BĘBŁO, 32-089, Kwiatowa 5  |                                    |
| 124193610  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| ANNA JELONKIEWICZ, MARIA MAGDALENA KUŁAGA-<br>WIECZOREK "ZDROWIE" SPÓŁKA JAWNA |                                    |
| PROSZOWICE, 32-100, ul. 3 Maja 70  |                                    |
| 12 38 61 671   |                                    |
| 357072520  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet lekarza rodzinnego - Punkt szczepień                                   |                                    |
| PROSZOWICE, 32-100, 3 Maja 70  |                                    |



|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 123861671  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| KRZYSZTOF KUKLA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ "GABINET LEKARZA RODZINNEGO"    |                                    |
| KAMIENÍ, 32-071, ul. Piaski 15   |                                    |
| 12 28 03 023   |                                    |
| 351518340  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia Ogólna  |                                    |
| KAMIENÍ, 32-071, Piaski 15   |                                    |
| 606941471  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KŁAJU<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| KŁAJ, 32-015, 820  |                                    |
| 12 28 41 277   |                                    |
| 357036406  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia lekarza POZ - Punkt Szczepień   |                                    |
| KŁAJ, 32-015, 820  |                                    |
| 12 28 41 033   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Szpital Św. Anny w Miechowie   |                                    |
| Miechów, 32-200, ul. Szpitalna 3   |                                    |
| +48 41 38 20 100,  |                                    |
| 000304384  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| Szpital Św. Anny w Miechowie   | <b>W</b>                           |
| Miechów, 32-200, ul. Szpitalna 3   |                                    |
| tel. +48 511910667   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Szpital Św. Anny   |                                    |
| MIECHÓW, 32-200, Szpitalna 3   |                                    |
| 413820333  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień Powszechnych - Liceum Ogólnokształcące                                     |                                    |
| MIECHÓW, 32-200, ul. Konopnicka 2  |                                    |
| 532394541, 538515150   |                                    |
| 21.04.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOZŁOWIE  |                                    |
| KOZŁÓW, 32-241, 63   |                                    |
| 41 38 41 234   |                                    |
| 290416388  |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| PZOZ W KOZŁOWIE  |                                    |
| KOZŁÓW, 32-241, 63   |                                    |
| 413841324  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W SŁABOSZOWIE Z SIEDZIBĄ W DZIADUSZYCACH |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| DZIADUSZYCE, 32-218, 25                                      |                                    |
| 41 38 47 010   |                                    |
| 290419470  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Ośrodek Zdrowia w Dziaduszycach                              |                                    |
| DZIADUSZYCE, 32-218, 25                                      |                                    |
| 413847010  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W CHARSZNICY              |                                    |
| MIECHÓW-CHARSZNICA, 32-250, ul. Miechowska 52                |                                    |
| 41 38 36 008   |                                    |
| 357004984  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Charsznicy              |                                    |
| MIECHÓW-CHARSZNICA, 32-250, Miechowska 52                    |                                    |
| 413836008  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Charsznicy filia Tczyca |                                    |
| Tczyca, 32-250, Tczyca 168                                   |                                    |
| 413837215  |                                    |
| 26.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Książu Wielkim          |                                    |
| KSIĄŻ WIELKI, 32-210, ul. Warszawska 17A                     |                                    |
| 41 38 38 017   |                                    |
| 290758255  |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Książu Wielkim |                                    |
| KSIĄŻ WIELKI, 32-210, Warszawska 17A                |                                    |
| 4413838017  |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| JARMIX SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ      |                                    |
| MIECHÓW, 32-200, ul. Józefa Piłsudskiego 12         |                                    |
| 41 38 33 322  |                                    |
| 290655058   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| NZOZ Centrum Medyczne TOP-MED                       |                                    |
| MIECHÓW, 32-200, ul. Józefa Piłsudskiego 12         |                                    |
| 41 38 33 322  |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień w ośrodku zdrowia                   |                                    |
| RACŁAWICE, 32-222, 155                              |                                    |
| 41 38 33 322  |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SZCZUCINIE        |                                    |
| SZCZUCIN, 33-230, ul. Piłsudskiego 15               |                                    |
| 14 64 36 195  |                                    |
| 851745267   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej              |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| SZCZUCIN, 33-230, Piłsudskiego 15                    |                                    |
| 146436195  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Ośrodek Zdrowia w Słupcu                             |                                    |
| SŁUPIEC/33-230/Słupiec 320                           |                                    |
| 146431280  |                                    |
| 16.04.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Ośrodek Zdrowia w Brzezówce                          |                                    |
| BRZEZÓWKA/32-230/Brzezówka 155                       |                                    |
| 146431833  |                                    |
| 16.04.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOLESŁAWIU         |                                    |
| BOLESŁAW, 33-220, 168                                |                                    |
| 14 64 15 014   |                                    |
| 851745630  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOLESŁAWIU         |                                    |
| BOLESŁAW, 33-220, 168                                |                                    |
| 146415014  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| ANTIDOTUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Władysława Broniewskiego 3a   |                                    |
| 184415585  |                                    |

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| 491975072   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Punkt szczepień ANTIDOTUM Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |
| NOWY SĄCZ, 33-300, Broniewskiego 3a                               |                                |
| 1852117014  |                                |
| 09.03.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu</b>   |
| LEKARZ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                    |                                |
| CZERNICHÓW, 32-070, ul. Wiślana 2                                 |                                |
| 12 27 02 999  |                                |
| 357058632   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Punkt Szczepień   |                                |
| CZERNICHÓW, 32-070, Wiślana 2                                     |                                |
| 696033997   |                                |
| 09.03.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu</b>   |
| SAMODZIELNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZATORZE                    |                                |
| ZATOR, 32-640, ul. Leszka Palimąki 2                              |                                |
| 33 84 12 150  |                                |
| 357082613   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Punkt szczepień   |                                |
| ZATOR, 32-640, Leszka Palimąki 2                                  |                                |
| 338412150   |                                |
| 09.03.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu</b>   |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| Bartłomiej Cabala SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA<br>LEKARSKA ARCUS                                |                                    |
| KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, ul. Józefa Ignacego<br>Kraszewskiego 118                                |                                    |
| 184715652  |                                    |
| 430647438  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA ARCUS   |                                    |
| KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, J. I. Kraszewskiego 118   |                                    |
| 184715652  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>"REMEDIUM" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Józefa Poniatowskiego 2   |                                    |
| 18 44 36 690   |                                    |
| 491975066  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia lekarza POZ NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ"REMEDIUM"                        |                                    |
| NOWY SĄCZ, 33-300, Józefa Poniatowskiego 2   |                                    |
| 185476750  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| "PRAXIS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                                    |
| NOWY SĄCZ, 33-300, ul. św. Heleny 30 B   |                                    |
| 18 443 09 10   |                                    |
| 491980601  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| punkt szczepień Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>"PRAXIS" sp.z.o.o.                    |                                    |
| NOWY SĄCZ, 33-300, Św. Heleny 30B  |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| +48184430910  |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie</b>                 |
| Małgorzata Janik  |                                    |
| MSZANA DOLNA, 34-730, ul. Józefa Marka 22   |                                    |
| 601 497 758   |                                    |
| 490711537   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet Lekarza Rodzinnego NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego M.Janik                 |                                    |
| RACIECHOWICE, 32-415, 140   |                                    |
| 122715015   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRĘBOSZOWIE                                       |                                    |
| GRĘBOSZÓW, 33-260, 142  |                                    |
| 14 64 16 006  |                                    |
| 851750883   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRĘBOSZOWIE                                       |                                    |
| GRĘBOSZÓW, 33-260, 142  |                                    |
| 146416006   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie</b>                 |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LEKARZ RODZINNY S.C. BOGDAN I BEATA PACZYŃSCY |                                    |
| KASINA WIELKA, 34-741, 546  |                                    |
| 18 33 14 023  |                                    |
| 491979288   |                                    |
|   | <b>szczepienie</b>                 |
| Gabinet lekarza POZ   |                                    |
| SKRZYDLNA, 34-625, 152  |                                    |
| 183331013   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |



|   |                                |
|---|--------------------------------|
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Gabinet lekarza POZ   |                                |
| KASINA WIELKA, 34-741, 546  |                                |
| 183314023   |                                |
| 09.03.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu</b>   |
| Maria Wójcik - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Korzennej  |                                |
| KORZENNA, 33-322, 338   |                                |
| 18 4417002  |                                |
| 491979986   |                                |
|   | <b>szczepienie</b>             |
| punkt szczepień Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Korzennej |                                |
| KORZENNA, 33-322, 338   |                                |
| 184417002   |                                |
| 09.03.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu</b>   |
| SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA  |                                |
| ul. Armii Krajowej 18, 30-150 Kraków                              |                                |
| +48 12 629 89 00, +48 12 629 88 00                                |                                |
| 351618159   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Szpital Św. Rafała  |                                |
| ul. Bochenka 12, 30-693 Kraków                                    | <b>W</b>                       |
| tel. +48 785 056 438  |                                |
| 09.03.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie</b>             |
| Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ AK5                           |                                |
| KRAKÓW, 30-150, Armii Krajowej 5                                  |                                |
| 126298800   |                                |
| 09.03.2021  |                                |
|   |                                |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt pobrań -Scanmed                   |                                    |
| KRAKÓW, 31-536, Podgórska 36            |                                    |
| 126298800                               |                                    |
| 09.03.2021                              |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ AGH |                                    |
| KRAKÓW, 30-050, Akademicka 5            |                                    |
| 126298800                               |                                    |
| 09.03.2021                              |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień dla dorosłych           |                                    |
| NOWY SĄCZ, 33-300, Zygmuntowska 15      |                                    |
| 126298800                               |                                    |
| 09.03.2021                              |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ AWF |                                    |
| KRAKÓW, 31-571, al. Jana Pawła II 84    |                                    |
| 126298800                               |                                    |
| 09.03.2021                              |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ UE  |                                    |
| KRAKÓW, 31-551, Rakowicka 16            |                                    |
| 126298800                               |                                    |
| 09.03.2021                              |                                    |
|   |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ UP           |                                    |
| KRAKÓW, 30-048, Podchorążych 2                   |                                    |
| 126298800  |                                    |
| 09.03.2021                                       |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ PK           |                                    |
| KRAKÓW, 31-155, Warszawska 24                    |                                    |
| 126298800  |                                    |
| 09.03.2021                                       |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ UJ           |                                    |
| KRAKÓW, 30-387, Gronostajowa 7                   |                                    |
| 126298800  |                                    |
| 09.03.2021                                       |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ KA           |                                    |
| KRAKÓW, 30-705, Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1 |                                    |
| 126298800  |                                    |
| 09.03.2021                                       |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ B10          |                                    |
| KRAKÓW, 30-693, Adama Bochenka 10                |                                    |
| 126298800  |                                    |
| 09.03.2021                                       |                                    |
|  |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| RENATA KOPACZ-MODRZEJEWSKA  |                                    |
| PORĘBA WIELKA, 34-735, 278  |                                    |
| 18 3317013  |                                    |
| 491981486   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego w Porębie Wielkiej                                      |                                    |
| PORĘBA WIELKA, 34-735, 278  |                                    |
| 183317013   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ-PORADNIA LEKARSKA OGÓLNA-ROJEK,MARCZUK,JEDYNAK,MARCHEWKA,CINA SPÓŁKA JAWNA          |                                    |
| LIMANOWA, 34-600, ul. Matki Boskiej Bolesnej 10   |                                    |
| 18 3372232  |                                    |
| 491981730   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| punkt szczepień Gabinet diagnostyczno-zabiegowy   |                                    |
| LIMANOWA, 34-600, M.B.Bolesnej 10   |                                    |
| 183372232   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Elżbieta Makulec-Ryś  |                                    |
| NOWE RYBIE, 34-652, 157   |                                    |
| 18 33 22 111  |                                    |
| 491896852   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet położnej środowiskowo-rodzinnej Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Praktyka Lekarza Rodzinnego" w Nowym Rybiu |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| NOWE RYBIE, 34-652, 157  |                                    |
| 123322111  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ<br>OPIEKI ZDROWOTNEJ W DOBREJ                               |                                    |
| DOBRA, 34-642, 545   |                                    |
| 18 33 30 011   |                                    |
| 491981440  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Samodzielny Publiczny Zakład Podstawowej Opieki<br>Zdrowotnej w Dobrej - Punkt Szczepień             |                                    |
| DOBRA, 34-642, 545   |                                    |
| 183330011  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W MSZANIE DOLNEJ                                   |                                    |
| MSZANA DOLNA, 34-730, UL. JANA MATEJKI 13  |                                    |
| 18 33 10 028   |                                    |
| 491980860  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| punkt szczepień Poradnia lekarska POZ  |                                    |
| MSZANA DOLNA, 34-730, Matejki 13   |                                    |
| 183310028  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDGMIN<br>JURAJSKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| JERZMANOWICE, 32-048, ul. Rajska 22  |                                    |
| 12 38 95 009   |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 351612837   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet Lekarza POZ   |                                    |
| JERZMANOWICE, 32-048, Rajska 22   |                                    |
| 123895009   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet Lekarza POZ   |                                    |
| RACŁAWICE, 32-049, Raclawice 54A  |                                    |
| 122829381   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "VENA-<br>ANDRYCHÓW" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| ANDRYCHÓW, 34-120, ul. Starowiejska 17A   |                                    |
| 33 87 05 632  |                                    |
| 357062830   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień   |                                    |
| ANDRYCHÓW, 34-120, Starowiejska 17a   |                                    |
| 338705632   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ DOB-MED PIOTR STOPNICKI I PARTNERZY              |                                    |
| DOBCZYCE, 32-410, Rynek 16  |                                    |
| 12 27 13 661  |                                    |
| 357071911   |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień   |                                    |
| DOBCZYCE, 32-410, Rynek 16  |                                    |
| 122713661   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Katarzyna Pałka   |                                    |
| STARY SĄCZ, 33-340, ul. Królowej Jadwigi 20   |                                    |
| 18 44 61 172  |                                    |
| 490818471   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet lekarza POZ   |                                    |
| STARY SĄCZ, 33-340, Królowej Jadwigi 20   |                                    |
| 18 44 61 172  |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "WIDOK-<br>BRONOWICE 1" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                                    |
| KRAKÓW, 30-147, ul. Na Błonie 1   |                                    |
| 12 63 84 099; 12 63 82 377  |                                    |
| 357047628   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień   |                                    |
| KRAKÓW, 30-147, Na Błonie 1   |                                    |
| 728821631   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| Praktyka Lekarska AZORY Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                            |                                |
| KRAKÓW, 31-308, ul. Wacława Nałkowskiego 1   |                                |
| 12 63 84 455   |                                |
| 357065402  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Punkt Szczepień  |                                |
| KRAKÓW, 31-308, NAŁKOWSKIEGO 1   |                                |
| 601442110  |                                |
| 09.03.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu</b>   |
| Maria Bednarz  |                                |
| SIEDLCE, 33-322, 228   |                                |
| 18 44 17 504   |                                |
| 491982534  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Punkt Szczepień Maria Bednarz  |                                |
| SIEDLCE, 33-322, 228   |                                |
| 184417504  |                                |
| 09.03.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu</b>   |
| "NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZDROWIE"<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |
| KLUCZE, 32-310, ul. Zawierciańska 14   |                                |
| 32 64 28 413   |                                |
| 357072980  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Poradnia lekarza POZ   |                                |
| KLUCZE, 32-310, Zawierciańska 14   |                                |
| 326428413  |                                |
| 09.03.2021   |                                |



|  |                                    |
|--|------------------------------------|
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| "PULS ADAM I BEATA RAUK SPÓŁKA JAWNA"  |                                    |
| ANDRYCHÓW, 34-120, ul. Krakowska 140A  |                                    |
| 33 8757601   |                                    |
| 851730975  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Praktyka Lekarza Rodzinnego w Andrychowie  |                                    |
| ANDRYCHÓW, 34-120, Krakowska 140a  |                                    |
| 338757601  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| punkt szczepień Praktyka Lekarza Rodzinnego w Roczynach                                      |                                    |
| ROCZYNY, 34-120, Bielska 87  |                                    |
| 338702749  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PABIMED"<br>S.C. PRZEMYSŁAW BIEDROŃ, GRZEGORZ BIEDROŃ |                                    |
| KRAKÓW, 30-218, ul. Królowej Jadwigi 203   |                                    |
| 126254444  |                                    |
| 357073330  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet lekarza rodzinnego   |                                    |
| KRAKÓW, 30-218, Królowej Jadwigi 203   |                                    |
| 126254444  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| PORADNIA PEDIATRYCZNO-INTERNISTYCZNA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |
| MYŚLENICE, 32-400, ul. Szpitalna 2A  |                                |
| 12 27 30 259   |                                |
| 357066525  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Poradnia Pediatria Internistyczna  |                                |
| MYŚLENICE, 32-400, Szpitalna 2A  |                                |
| 122730259  |                                |
| 09.03.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu</b>   |
| GRÓDMED BULZAK, CISZKOWSKA. SPÓŁKA PARTNERSKA                                |                                |
| GRÓDEK NAD DUNAJCEM, 33-318, 170   |                                |
| 18 44 01 444   |                                |
| 491984220  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Gabinet lekarza rodzinnego   |                                |
| GRÓDEK NAD DUNAJCEM, 33-318, 170   |                                |
| 184401444  |                                |
| 09.03.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu</b>   |
| BOGUSŁAWA WARCHOŁ  |                                |
| ŁUŻNA, 38-322, 609   |                                |
| 18 354 30 44   |                                |
| 491983746  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej "SALUS"                                    |                                |
| ŁUŻNA, 38-322, 609   |                                |
| 18 354 30 44   |                                |
| 09.03.2021   |                                |
|  |                                |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W GMINIE JABŁONKA                                  |                                    |
| JABŁONKA, 34-480, ul. 3 Maja 7.  |                                    |
| 18 26 42 021   |                                    |
| 491984958  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| ORAWSKIE CENTRUM ZDROWIA W JABŁONCE  |                                    |
| JABŁONKA, 34-480, 3 MAJA 7   |                                    |
| 182642022  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Małgorzata Nowak Praktyka Lekarza Rodzinnego   |                                    |
| PALEŚNICA, 32-842, 109   |                                    |
| 14 66 54 106   |                                    |
| 851750080  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia (gabinet) podstawowej opieki zdrowotnej   |                                    |
| PALEŚNICA, 32-842, 109   |                                    |
| 146654106  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
| 21.04.2021   |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OSIEDLE<br>UROCZE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| KRAKÓW, 31-952, os. Osiedle Urocze 2   |                                    |
| 12 64 42 755   |                                    |
| 357053600  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej OSIEDLE UROCZE   |                                    |
| KRAKÓW, 31-952, OS. UROCZE 2   |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 12 64 42 755   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Przychodnia Lekarska Diamed Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością      |                                    |
| KRAKÓW, 30-695, ul. Alberta Schweitzera 7                                |                                    |
| 12 37 11 900   |                                    |
| 357066956  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Przychodnia Lekarska Diamed Sp. z o.o. - Punkt Szczepień                 |                                    |
| KRAKÓW, 30-695, A. Schweitzera 7   |                                    |
| 503088166  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Przychodnia Lekarska Diamed Sp. z o.o. - Punkt Szczepień                 |                                    |
| WIELICZKA, 32-020, Trąbki 430  |                                    |
| 503088166  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KROŚCIENKU NAD DUNAJCEM |                                    |
| KROŚCIENKO NAD DUNAJCEM, 34-450, ul. Esperanto 2                         |                                    |
| 18 26 23 046   |                                    |
| 491984929  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej                           |                                    |
| KROŚCIENKO NAD DUNAJCEM, 34-450, Esperanto 2                             |                                    |
| 182623046  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Polance Wielkiej   |                                    |
| POLANKA WIELKA, 32-607, ul. Długa 3   |                                    |
| 33 84 88 823  |                                    |
| 357091167   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień   |                                    |
| POLANKA WIELKA, 32-607, DŁUGA 3   |                                    |
| 338488823   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| "WOJNICZKIE CENTRUM MEDYCZNE" SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                |                                    |
| WOJNICZ, 32-830, ul. Rolnicza 3   |                                    |
| 14 67 90 308  |                                    |
| 851732773   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Wojnickie Centrum Medyczne Sp. z o.o. NZOZ  |                                    |
| WOJNICZ, 32-830, Rolnicza 3   |                                    |
| 146790308   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNĄ<br>RODZINNA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| KRAKÓW, 31-352, ul. Włodzimierza Tetmajera 2  |                                    |
| 12 63 84 956  |                                    |
| 364523434   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet ogólny lekarza rodzinnego   |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| KRAKÓW, 31-352, Włodzimierza Tetmajera 2  |                                    |
| 126384956   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNĄ<br>RODZINNA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| KRAKÓW, 31-352, Tetmajera 2   |                                    |
| 126384956   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w<br>Przeciszowie  |                                    |
| PRZECISZÓW, 32-641, ul. Długa 4   |                                    |
| 33 84 13 278  |                                    |
| 357087444   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| PRZYCHODNIA PRZECISZÓW  |                                    |
| PRZECISZÓW, 32-641, DŁUGA 4   |                                    |
| 338413278   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| SAMODZIELNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W BIAŁYM<br>DUNAJCU  |                                    |
| BIAŁY DUNAJEC, 34-425, ul. Jana Pawła II 201  |                                    |
| 18 20 73 591  |                                    |
| 491984964   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| SAMODZIELNY GMINNY OSRODEK ZDROWIA W BIAŁYM<br>DUNAJCU  |                                    |
| BIAŁY DUNAJEC, 34-425, JANA PAWŁA II 201  |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 18 20-735 91   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| ZESPÓŁ PRZYCHODNI I OŚRODKÓW ZDROWIA-<br>KRZESZOWICKIE CENTRUM ZDROWIA                     |                                    |
| KRZESZOWICE, 32-065, ul. Legionów Polskich 30  |                                    |
| 12 28 20 401   |                                    |
| 357101150  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia lekarza POZ   |                                    |
| KRZESZOWICE, 32-065, Legionów Polskich 30  |                                    |
| 122820287  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "BAŁTYCKA"<br>S.C. D.LUDWIN, M.SEMPER                |                                    |
| KRAKÓW, 31-214, ul. Bałtycka 3   |                                    |
| 124153100  |                                    |
| 357078830  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień  |                                    |
| KRAKÓW, 31-214, Bałtycka 3   |                                    |
| 124153100  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>WIEJSKI OŚRODEK ZDROWIA W LEŚNICY-GRONIU |                                    |
| LEŚNICA, 34-406, ul. Szkolna 3   |                                    |
| 182656144  |                                    |
| 491991131  |                                    |





|  |                                    |
|--|------------------------------------|
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień  |                                    |
| KRAKÓW, 30-053, KRONIKARZA GALLA 24                                    |                                    |
| 126372971  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| SPÓŁKA LEKARSKA NA KOZŁÓWCE SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| KRAKÓW, 30-664, ul. Na Kozłówce 29                                     |                                    |
| 12 65 81 611   |                                    |
| 357077658  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień  |                                    |
| KRAKÓW, 30-664, Na Kozłówce 29   |                                    |
| 126581611  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień  |                                    |
| KRAKÓW, 30-552, Wielicka 76 b  |                                    |
| 12 65 81 611   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| LUB-MED OLGA CZARNECKA-MIRGOS, TOMASZ MIRGOS<br>S.C.                   |                                    |
| LUBIEŃ, 32-433, 475  |                                    |
| 18 26 82 012   |                                    |
| 357095142  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia lekarza POZ   |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| LUBIEŃ, 32-433, 475   |                                    |
| 182682012   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W SUŁOSZOWEJ            |                                    |
| SUŁOSZOWA, 32-045, ul. Bankowa 6  |                                    |
| 12 38 96 054  |                                    |
| 357101894   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| PUKNT SZCZEPIEŃ   |                                    |
| SUŁOSZOWA, 32-045, BANKOWA 6  |                                    |
| 123896054   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ W NOWYM WIŚNICZU |                                    |
| NOWY WIŚNICZ, 32-720, ul. Podzamcze 4                                     |                                    |
| 14 61 28 792, 14 61 28 755  |                                    |
| 851763101   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Przychodnia Rejonowa w Nowym Wiśniczu                                     |                                    |
| NOWY WIŚNICZ, 32-720, Podzamcze 4   |                                    |
| 146128792   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Ośrodek Zdrowia w Królówce  |                                    |
| KRÓLÓWKA, 32-722, Królówka 356  |                                    |
| 146129477   |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 26.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W LISZKACH  |                                    |
| LISZKI, 32-060, 427   |                                    |
| 12 28 06 009  |                                    |
| 357102310   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W LISZKACH  |                                    |
| LISZKI, 32-060, 427   |                                    |
| 123067077   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYK"<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ<br>SUCHA BESKIDZKA, 34-200, ul. Adama Mickiewicza 56 |                                    |
| 33 8741833  |                                    |
| 357101701   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień   |                                    |
| SUCHA BESKIDZKA, 34-200, Mickiewicza 56   |                                    |
| 338741833   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W TRZYCIAŹU   |                                    |
| TRZYCIAŹ, 32-353, ul. Zdrowa 6  |                                    |
| 12 38 94 023  |                                    |
| 357108301   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| PUNKT SZCZEPIEŃ  |                                    |
| TRZYCIAŻ, 32-353, Zdrowa 6   |                                    |
| 123894023  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W ŁOSOSINIE DOLNEJ |                                    |
| ŁOSOSINA DOLNA, 33-314, 170  |                                    |
| 18 444800  |                                    |
| 491992834  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W ŁOSOSINIE DOLNEJ |                                    |
| ŁOSOSINA DOLNA, 33-314, 170  |                                    |
| 184448008  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| KLIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                       |                                    |
| KRAKÓW, 30-898, ul. ks. Jerzego Popiełuszki 42                       |                                    |
| 126585808  |                                    |
| 357082582  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Stary Biezanów"               |                                    |
| KRAKÓW, 30-898, Henryka Sucharskiego 62                              |                                    |
| 126585808  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| PRZYCHODNIA NA WZGÓRZACH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                                    |
| KRAKÓW, 31-721, os. Na Wzgórzach 1                                   |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 12 68 14 727  |                                    |
| 357087421   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień-Przychodnia na Wzgórzach                              |                                    |
| KRAKÓW, 31-721, Na Wzgórzach 1  |                                    |
| 12 68 14 727  |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| GMINNE CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH W LISIEJ GÓRZE                        |                                    |
| LISIA GÓRA, 33-140, ul. Henryka Sucharskiego 3 A                      |                                    |
| 14 67 85 277; 14 67 84 999  |                                    |
| 851777899   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| PORADNIA LEKARZA POZ  |                                    |
| LISIA GÓRA, 33-140, SUCHARSKIEGO 3A                                   |                                    |
| 146784999   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| PORADNIA LEKARZA POZ  |                                    |
| STARE ŻUKOWICE, 33-151, 125   |                                    |
| 146786608   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| SAMODZIELNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W<br>DĄBROWIE TARNOWSKIEJ |                                    |
| DĄBROWA TARNOWSKA, 33-200, ul. Marszałka Józefa<br>Piłsudskiego 23    |                                    |
| 14 64 22 405  |                                    |
| 851777155   |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Miejska Przychodnia                            |                                    |
| DĄBROWA TARNOWSKA, 33-200, Pilsudskiego 23     |                                    |
| 146422405                                      |                                    |
| 09.03.2021                                     |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Oświęcimiu |                                    |
| OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Garbarska 1              |                                    |
| 33 8444295                                     |                                    |
| 357138472                                      |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Przychodnia Rejonowa Nr 1 - PUNKT SZCZEPIEŃ    |                                    |
| OŚWIĘCIM, 32-600, Żwirki i Wigury 5            |                                    |
| 694939150                                      |                                    |
| 09.03.2021                                     |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Przychodnia Rejonowa Nr 2 - PUNKT SZCZEPIEŃ    |                                    |
| OŚWIĘCIM, 32-600, Czecha 2                     |                                    |
| 694939150                                      |                                    |
| 09.03.2021                                     |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Przychodnia Rejonowa Nr 3 - PUNKT SZCZEPIEŃ    |                                    |
| OŚWIĘCIM, 32-600, Słowackiego 1                |                                    |
| 694939150                                      |                                    |
| 09.03.2021                                     |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| Przychodnia Rejonowa Nr 4 - PUNKT SZCZEPIEŃ   |                                    |
| OŚWIĘCIM, 32-600, Garbarska 1   |                                    |
| 694939150   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień Powszechnych - Zakład Lecznictwa<br>Ambulatoryjnego w Oświęcimiu                                |                                    |
| OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Chemików 4  |                                    |
| 797355518   |                                    |
| 23.04.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ ZIEMIAŃSCY SPÓŁKA JAWNA                                |                                    |
| RABKA-ZDRÓJ, 34-700, ul. Jana Pawła II 26   |                                    |
| 18 26 76 929  |                                    |
| 492813288   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia medycyny rodzinnej NIEPUBLICZNY<br>SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>ZIEMIAŃSCY SPÓŁKA JAWNA |                                    |
| RABKA-ZDRÓJ, 34-700, Podhalańska 21D  |                                    |
| 182676915   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| ERDA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                                    |
| KRAKÓW, 30-898, ul. Michała i Stanisława Jaglarzów 27B  |                                    |
| 602608619   |                                    |
| 357139537   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| NZOZ Przychodnia Zdrowia Biezanów   |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| KRAKÓW, 30-898, Ks. Jerzego Popiełuszki 42A   |                                    |
| 515839898   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W OSIEKU                          |                                    |
| OSIEK, 32-608, ul. Starowiejska 175   |                                    |
| 33 84 58 239  |                                    |
| 357155186   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| PUNKT SZCZEPIEŃ   |                                    |
| OSIEK, 32-608, Starowiejska 175   |                                    |
| 338458239   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Lekarski w Głębowicach  |                                    |
| GŁĘBOWICE, 32-608, Oświęcimska 8  |                                    |
| 338755421   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>PRZYCHODNIA LEKARSKA LESŁAW SZOT           |                                    |
| LIMANOWA, 34-600, ul. Józefa Piłsudskiego 12  |                                    |
| 18 3372527  |                                    |
| 490524611   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia<br>Lekarska - Gabinet lekarza POZ |                                    |
| LIMANOWA, 34-600, ul. Piłsudskiego 12   |                                    |
| 183372527   |                                    |



|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKRZYSZOWIE                      |                                    |
| SKRZYSZÓW, 33-156, 645   |                                    |
| 14 67 45 008   |                                    |
| 851800368  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień  |                                    |
| SKRZYSZÓW, 33-156, 645   |                                    |
| 146745008  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień Ośrodek Zdrowia w Szywnaldzie                      |                                    |
| SZYNWAŁD, 33-158, Szywnałd 10a                                     |                                    |
| 146742004  |                                    |
| 26.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ W PLEŚNEJ |                                    |
| PLEŚNA, 33-171, 284  |                                    |
| 14 67 98 110   |                                    |
| 851798186  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień  |                                    |
| PLEŚNA, 33-171, 284  |                                    |
| 146798110  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |

|                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
|                                    | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień                    |                                    |
| JANOWICE, 33-115, 183              |                                    |
| 146799001                          |                                    |
| 09.03.2021                         |                                    |
|                                    |                                    |
|                                    | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień                    |                                    |
| LICHWIN, 33-172, 180A              |                                    |
| 146758051                          |                                    |
| 09.03.2021                         |                                    |
|                                    |                                    |
|                                    | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W MIECHOWIE |                                    |
| MIECHÓW, 32-200, ul. Szpitalna 3   |                                    |
| 41 38 20 297                       |                                    |
| 357180882                          |                                    |
|                                    | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinety Lekarza Ogólnego          |                                    |
| MIECHÓW, 32-200, Szpitalna 1F      |                                    |
| 413890100                          |                                    |
| 09.03.2021                         |                                    |
|                                    |                                    |
|                                    | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet Lekarza Ogólnego           |                                    |
| MIECHÓW, 32-200, Szpitalna 3       |                                    |
| 41 38 30 290                       |                                    |
| 09.03.2021                         |                                    |
|                                    |                                    |
|                                    | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| MIEJSKA PRZYCHODNIA LEKARSKA NR I - NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ           |                                |
| TARNÓW, 33-100, ul. Chemiczna 12  |                                |
| 146330691   |                                |
| 851793929   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Miejska Przychodnia Lekarska Nr I NZOZ Sp. z o.o.   |                                |
| TARNÓW, 33-100, Chemiczna 12  |                                |
| 146330691   |                                |
| 09.03.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu</b>   |
| "MIEJSKA PRZYCHODNIA LEKARSKA NR III - NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ       |                                |
| TARNÓW, 33-100, ul. Wałowa 22   |                                |
| 14 68 89 022  |                                |
| 851793065   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej  |                                |
| TARNÓW, 33-100, Wałowa 22   |                                |
| 146889020   |                                |
| 09.03.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu</b>   |
| MIEJSKA PRZYCHODNIA LEKARSKA NR IV NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W TARNOWIE |                                |
| TARNÓW, 33-100, ul. Osiedle Niepodległości 3A   |                                |
| 14 68 88 184  |                                |
| 851794099   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej  |                                |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| TARNÓW, 33-100, Osiedle Niepodległości 3A  |                                    |
| 146888185  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| MIEJSKA PRZYCHODNIA LEKARSKA NR IV NIEPUBLICZNY<br>ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| TARNÓW, 33-100, Osiedle Niepodległości 3A  |                                    |
| 146888185  |                                    |
| 26.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MIEJSKA<br>PRZYCHODNIA LEKARSKA NR 5 SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                                    |
| TARNÓW, 33-100, ul. Długa 18   |                                    |
| 14 62 42 217   |                                    |
| 851792976  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej   |                                    |
| TARNÓW, 33-100, Długa 18   |                                    |
| 14 62 42 217   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| ZESPÓŁ PRZYCHODNI SPECJALISTYCZNYCH SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                                    |
| TARNÓW, 33-100, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1   |                                    |
| 14 63 10 210   |                                    |
| 851800010  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet diagnostyczno-zabiegowy  |                                    |
| TARNÓW, 33-100, Mostowa 6  |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 146324231  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Zespół Przychodni Sepsjalistycznych Sp. z o.o.   |                                    |
| TARNÓW, 33-100, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1   |                                    |
| 146324257  |                                    |
| 16.04.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień Powszechnych - Hala Sportowo<br>Widowiskowa  |                                    |
| TARNÓW, 33-100, ul. Gumniska 28  |                                    |
| 146882576, 146882577   |                                    |
| 21.04.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ KRAKÓW-<br>POŁUDNIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| KRAKÓW, 30-315, ul. Szwedzka 27  |                                    |
| 122654955  |                                    |
| 357182303  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia Lekarza POZ   |                                    |
| KRAKÓW, 30-515, Generała Tadeusza Kutrzeby 4   |                                    |
| 122654600  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| PRZYCHODNIA LEKARZY RODZINNYCH JUREK I PARTNERZY   |                                    |
| NOWY TARG, 34-400, al. Mikołaja Kopernika 7  |                                    |
| 18 2646 601  |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 492029880  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia lekarza rodzinnego  |                                    |
| NOWY TARG, 34-400, al. Mikołaja Kopernika 7  |                                    |
| 182646160  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SZKOLNE"<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| KRAKÓW, 31-976, os. Osiedle Szkolne 9  |                                    |
| 126442946  |                                    |
| 851777095  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet Pielęgniarki POZ   |                                    |
| KRAKÓW, 31-976, Osiedle Szkolne 9  |                                    |
| 126441642  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| OLSZA II MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                       |                                    |
| KRAKÓW, 31-435, ul. Radomska 36  |                                    |
| 12 41 12 644   |                                    |
| 357161979  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet diagnostyczno-zabiegowy  |                                    |
| KRAKÓW-ŚRÓDMIEŚCIE, 31-435, Radomska 36  |                                    |
| 124112644  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| JAGIELLOŃSKIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                            |                                    |
| KRAKÓW, 31-832, Osiedle Jagiellońskie 1  |                                    |
| 0126480876   |                                    |
| 357140316  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Jagiellońskie<br>Centrum Medyczne Sp. z o.o. - Punkt Szczepień |                                    |
| KRAKÓW, 31-832, Osiedle Jagiellońskie 1  |                                    |
| 728427285  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NZOZ "PRAKTIMED" Spółka z ograniczoną<br>odpowiedzialnością  |                                    |
| KRAKÓW, 31-422, ul. Strzelców 15   |                                    |
| 12 41 14 124; 41 13 382  |                                    |
| 357180340  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| punkt szczepień NZOZ "PRAKTIMED" Sp. z o. o.   |                                    |
| KRAKÓW, 31-422, Strzelców 15   |                                    |
| 124114124  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| CM UNIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                                    |
| KRAKÓW, 30-131, ul. Młodej Polski 7  |                                    |
| 12 415 81 12   |                                    |
| 357197049  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia domowego leczenia tlenem  |                                    |
| KRAKÓW, 30-131, Młodej Polski 7  |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 12415812  |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| KLINIKA KRAKOWSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                              |                                    |
| KRAKÓW, 31-322, ul. Józefa Mehoffera 6  |                                    |
| 0126383818  |                                    |
| 351385436   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej  |                                    |
| KRAKÓW-KROWODRZA, 31-322, Józefa Mehoffera 6  |                                    |
| 126383818   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia lekarza POZ  |                                    |
| KRAKÓW, 30-350, Zachodnia 5/12A   |                                    |
| 122676260   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Kozłówek Spółka z<br>ograniczoną odpowiedzialnością |                                    |
| KRAKÓW, 30-664, ul. Na Kozłówce 29  |                                    |
| 12 6502016  |                                    |
| 357206363   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| PUNKT SZCZEPIEŃ   |                                    |
| KRAKÓW, 30-664, NA KOZŁÓWCE 29  |                                    |
| 126502016   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |



|   |                                    |
|---|------------------------------------|
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| PUNKT SZCZEPIEŃ   |                                    |
| KRAKÓW, 30-664, NA KOZŁÓWCE 29  |                                    |
| 126502026   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "VITA"<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| BRZESZCZE, 32-620, ul. Piłsudskiego 6   |                                    |
| 32 21 11 566, 21 10 005   |                                    |
| 357201615   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Przychodnia Rejonowo-Specjalistyczna Nr 2   |                                    |
| BRZESZCZE, 32-620, Piłsudskiego 6   |                                    |
| 32 21 10 005  |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| PORADNIA LEKARZY RODZINNYCH BOREK FAŁĘCKI<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ    |                                    |
| KRAKÓW, 30-389, UL. PROF. BOLESŁAWA WIKTORA<br>WICHERKIEWICZA 23                        |                                    |
| 12 25 74 025  |                                    |
| 356657365   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia lekarza POZ - Niemcewicz   |                                    |
| KRAKÓW, 30-424, Juliana Ursyna Niemcewicza 7  |                                    |
| 122662710   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| Poradnia Lekarzy Rodzinnych Borek Fałęcki filia<br>Raciborska  |                                    |
| KRAKÓW, 30-324, ul. Raciborska 17  |                                    |
| 122573885  |                                    |
| 16.04.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| "MEDBUK" spółka z ograniczoną odpowiedzialnością   |                                    |
| BUKOWNO, 32-332, ul. Zwycięstwa 9  |                                    |
| 32 64 21 033 32 64 60 303  |                                    |
| 357078920  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień  |                                    |
| BUKOWNO, 32-332, Zwycięstwa 9  |                                    |
| 32 64 21 033   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| "CHIRAMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                                    |
| RABKA-ZDRÓJ, 34-700, ul. Orkana 20b  |                                    |
| 18 267 67 54   |                                    |
| 492027058  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Centrum Medyczne w Tymbarku Punkt Szczepień  |                                    |
| TYMBARK, 34-650, 315   |                                    |
| 183325220  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| CENTRUM OPIEKI MEDYCZNEJ "ESKULAP" SPÓŁKA<br>CYWILNA EWA MAJDA, BERNARDA PUSZCZEWICZ I<br>MAŁGORZATA WITEK |                                    |
| OLKUSZ, 32-300, ul. Króla Kazimierza Wielkiego 28  |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 32 64 74 030   |                                    |
| 357216261  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Centrum Opieki Medycznej ESKULAP - PUNKT SZCZEPIEŃ                                 |                                    |
| OLKUSZ, 32-300, Króla Kazimierza Wielkiego 28                                      |                                    |
| 326474030  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| "OLMED" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                    |                                    |
| OLKUSZ, 32-300, ul. Zofii Nałkowskiej 1  |                                    |
| 32 64 33 713   |                                    |
| 357108382  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| PUNKT SZCZEPIEŃ  |                                    |
| OLKUSZ, 32-300, Nałkowskiej 1  |                                    |
| 326433795  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "KROMED"<br>S.C.,KROK JÓZEF,WITEK-KROK MARIA |                                    |
| GRYBÓW, 33-330, ul. Grunwaldzka 7  |                                    |
| 18 44 50 352   |                                    |
| 492040780  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia Lekarza POZ   |                                    |
| GRYBÓW, 33-330, Grunwaldzka 7  |                                    |
| 184450352  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "LANGMED".<br>SPÓŁKA JAWNA LEKARZA MEDYCYNY STANISŁAW LANGER<br>I LEKARZA STOMATOLOGA ZOFIA WIEK-LANGER |                                    |
| BOBOWA, 38-350, ul. Okrężna 6   |                                    |
| 18 35 14 610  |                                    |
| 492041029   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy   |                                    |
| BOBOWA, 38-350, Węgierska 25  |                                    |
| 183514610   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| MK VERTIGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                                    |
| KRAKÓW, 30-002, ul. Prądnicka 10  |                                    |
| 126334033   |                                    |
| 120056884   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| CMC Cracow Medicum Center Poradnia lekarza POZ  |                                    |
| KRAKÓW, 30-002, Prądnicka 10  |                                    |
| 126334033   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| VIRTUSON SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                                    |
| NOWY TARG, 34-400, ul. Wojska Polskiego 14  |                                    |
| 18 26 62 148  |                                    |
| 492045323   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia lekarza rodzinnego   |                                    |
| NOWY TARG, 34-400, Wojska Polskiego 14  |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 182662148  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej   |                                    |
| NOWY TARG, 34-400, Marii Pajerskiej 8A   |                                    |
| 185491666  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia POZ   |                                    |
| OCHOTNICA GÓRNA, 34-453, os. Zawady 205  |                                    |
| 182624111  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet lekarza POZ  |                                    |
| ŁĘTOWNIA, 34-242, 269  |                                    |
| 182773005  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| MIEJSKO GMINNE CENTRUM MEDYCZNE "WOL-MED"<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| WOLBROM, 32-340, ul. Skalska 22  |                                    |
| 32 64 41 029   |                                    |
| 357208244  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia Lekarza Rodzinnego  |                                    |
| WOLBROM, 32-340, Skalska 22  |                                    |
| 326441029  |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Pro- med Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                    |                                    |
| KRAKÓW, 31-909, os.Na Skarpie 6   |                                    |
| 12 64 49 520, 12 64 41 756  |                                    |
| 357186666   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| "Pro-med" Sp. z o. o. PUNKT SZCZEPIEŃ   |                                    |
| KRAKÓW, 31-909, os. Na Skarpie 6  |                                    |
| 126441756   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| TOMASZ LISIK  |                                    |
| SZALOWA, 38-331, 419  |                                    |
| 18 35 23 023  |                                    |
| 492009379   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień Samodzielny Niepubliczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Szalowej Lisik Tomasz                     |                                    |
| SZALOWA, 38-331, 419  |                                    |
| 183523023   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "BOMED"<br>SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY MEDYCYNY: LUCYNY<br>BRONIEK I ARKADIUSZA JAGŁY |                                    |
| BOBOWA, 38-350, ul. św. Zofii 4   |                                    |
| 18 35 14 444  |                                    |
| 492044619   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| Gabinet lekarza POZ   |                                    |
| BOBOWA, 38-350, Św.Zofii 4  |                                    |
| 183514444   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W<br>KOSZYCACH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| KOSZYCE, 32-130, UL. MONIUSZKI 11   |                                    |
| 41 35 14 010  |                                    |
| 357216628   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet szczepień   |                                    |
| KOSZYCE, 32-130, Moniuszki 11   |                                    |
| 413514010   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| PRZYCHODNIA LEKARSKA "MEDYCYNĄ" SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                      |                                    |
| ALWERNIA, 32-566, ul. Zbigniewa Gęsikowskiego 16  |                                    |
| 12 28 31 168, 12 28 32 167  |                                    |
| 357207173   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| PRZYCHODNIA MIEJSKA W ALWERNI   |                                    |
| ALWERNIA, 32-566, GĘSIKOWSKIEGO 16  |                                    |
| 122832167   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ FAMED<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ          |                                    |
| KRAKÓW, 30-131, ul. Młodej Polski 7   |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 12 63 75 370   |                                    |
| 357206050  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej   |                                    |
| KRAKÓW, 30-131, Młodej Polski 7  |                                    |
| 126375370  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| "CENTRUM MEDYCYNY RODZINNEJ SPÓŁKA PARTNERSKA<br>LEKARZY - GRZYWACZ & LIGĘZA & CZEPIEL-PAJERSKA" |                                    |
| NOWY TARG, 34-400, ul. Szaflarska 93 C   |                                    |
| 18 26 40 040   |                                    |
| 492045530  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Centrum Medycyny Rodzinnej   |                                    |
| NOWY TARG, 34-400, Szaflarska 93 C   |                                    |
| 182640040  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| PUBLICZNY SAMODZIELNY OŚRODEK ZDROWIA W<br>ZABAWIE   |                                    |
| ZABAWA, 33-133, ul. Bł. Karoliny Kózkówny 83/1   |                                    |
| 14 62 26 012   |                                    |
| 851982062  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w<br>Zabawie                                       |                                    |
| ZABAWA, 33-133, Bł. Karoliny Kózkówny 83/1   |                                    |
| 146226012  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |



|   |                                    |
|---|------------------------------------|
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| ESKULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                                    |
| OLKUSZ, 32-300, ul. Króla Kazimierza Wielkiego 110  |                                    |
| 32 6470105  |                                    |
| 357226874   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| PUNKT SZCZEPIEŃ   |                                    |
| OLKUSZ, 32-300, Króla Kazimierza Wielkiego 110  |                                    |
| 326470105   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GRO -<br>MEDICUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| KRAKÓW, 30-315, ul. Szwedzka 27   |                                    |
| 12 26 96 141  |                                    |
| 357067039   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia lekarza POZ  |                                    |
| KRAKÓW, 30-315, Szwedzka 27   |                                    |
| 12 26 96 141  |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| GALL - MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                                    |
| KRAKÓW, 30-053, ul. Kronikarza Galla 25   |                                    |
| 12 29 47 011  |                                    |
| 357209640   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej   |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| KRAKÓW, 30-053, Kronikarza Galla 25   |                                    |
| 122947011   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| PRZYCHODNIA ZDROWIA SKAWINA SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                  |                                    |
| SKAWINA, 32-050, ul. ks. Jerzego Popiełuszki 2A   |                                    |
| 122761957   |                                    |
| 357223456   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| punkt szczepień   |                                    |
| SKAWINA, 32-050, Ks.J.Popiełuszki 2a  |                                    |
| 122761957   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| SAMODZIELNY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ "BOMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| GRYBÓW, 33-330, ul. Kościuszki 17   |                                    |
| 18 4452167  |                                    |
| 492047078   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Samodzielny Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>"BOMED" Sp. z o.o.                                 |                                    |
| GRYBÓW, 33-330, Kościuszki 17   |                                    |
| 184450310   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| SALUBRIS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                                    |
| TUCHÓW, 33-170, ul. Zielona 15  |                                    |
| 14 65 30 015  |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 851803964  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej                                       |                                    |
| RZEPIENNIK STRZYŻEWSKI, 33-163, 396  |                                    |
| 515515509  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| SALUBRIS ODDZIAŁ TUCHÓW  |                                    |
| TUCHÓW, 33-170, Zielona 15   |                                    |
| 146523301  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| "Centrum Zdrowia Zakliczyn" spółka cywilna Jerzy<br>Woźniak, Paula Kołodziej |                                    |
| ZAKLICZYN, 32-840, ul. Tarnowska 2   |                                    |
| 14 6653999   |                                    |
| 852486721  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Centrum<br>Zdrowia"                   |                                    |
| ZAKLICZYN, 32-840, Tarnowska 2   |                                    |
| 146653999  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Paweł Grzywacz   |                                    |
| NOWY TARG, 34-400, ul. Długa 100   |                                    |
| +48604583864   |                                    |
| 070854294  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| LASERMED   |                                    |
| NOWY TARG, 34-400, Krzywa 17   |                                    |
| 188880200  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| LASERMED - Gabinet zabiegowy   |                                    |
| NOWY TARG, 34-400, Krzywa 17   |                                    |
| 188880200  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>PRZYCHODNIA ZDROWIA W SŁOMNIKACH |                                    |
| SŁOMNIKI, 32-090, ul. św. Jadwigi Królowej 2                                       |                                    |
| 12 38 81 267   |                                    |
| 357372498  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>Przychodnia Zdrowia w Słomnikach |                                    |
| SŁOMNIKI, 32-090, św. Jadwigi Królowej 2   |                                    |
| 123882999  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| ZBIGNIEW LIPTAK NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ KOSSOWA                   |                                    |
| KRAKÓW, 34-114, ul. Ceglarska 19C  |                                    |
| 33 879 20 06   |                                    |
| 356284177  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet Lekarza POZ  |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| KOSSOWA, 34-114, 15   |                                    |
| 338792006   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| GABINET LEKARSKI KRYSZYNA KOCANĀDA-ŁAPCZYŃSKA<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                |                                    |
| MANIOWY, 34-436, ul. Juliusza Słowackiego 5   |                                    |
| 18 2751886  |                                    |
| 387407078   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Praktyka Lekarza Rodzinnego GABINET LEKARSKI<br>KRYSZYNA KOCANĀDA-ŁAPCZYŃSKA SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| DĘBNO, 34-434, Długa 76   |                                    |
| 182751886   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Świątnikach<br>Górnych Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                  |                                    |
| ŚWIĄTNIKI GÓRNE, 32-040, ul. Krakowska 2  |                                    |
| 12 27 04 899  |                                    |
| 357246776   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet Lekarza Rodzinnego  |                                    |
| ŚWIĄTNIKI GÓRNE, 32-040, Krakowska 2  |                                    |
| 122704899   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| SAMODZIELNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W<br>ŻABNIE   |                                    |
| ŻABNO, 33-240, ul. Aleja Piłsudskiego 7   |                                    |
| 14 64 56 557  |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 852481706   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Przychodnia Rejonowa w Żabnie   |                                    |
| ŻABNO, 33-240, al. Piłsudskiego 7   |                                    |
| 146456570   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gminny Ośrodek Zdrowia w Wietrzychowicach                                     |                                    |
| WIETRZYCHOWICE, 33-270, 2   |                                    |
| 0146418008  |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Wiejski Ośrodek Zdrowia Niedomice z siedzibą w<br>Ilkowicach                  |                                    |
| ILKOWICE, 33-132, Żłota Góra 9  |                                    |
| 0146457111  |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Stanisław Szot  |                                    |
| BOBIN, 32-100, 91   |                                    |
| 12 38 66 555  |                                    |
| 357210940   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Niepubliczny Leczniczo-Profilaktyczny Zakład Opieki<br>Zdrowotnej "ASKLEPIOS" |                                    |
| BOBIN, 32-100, 91   |                                    |
| 123866555   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| CENTRUM MEDYCZNE "KOL-MED" SAMODZIELNY<br>PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W TARNOWIE |                                    |
| TARNÓW, 33-100, pl. Dworcowy 6  |                                    |
| 14 62 76 075, 14 62 13 848  |                                    |
| 010649508   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień   |                                    |
| TARNÓW, 33-100, Plac Dworcowy 6   |                                    |
| 146276075 146213848   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| MAREK LEWEK Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>Ośrodek Zdrowia w Szymbarku        |                                    |
| SZYMBARK, 38-311, 574   |                                    |
| 18 35 13 162  |                                    |
| 492700740   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia<br>Szymbark                       |                                    |
| SZYMBARK, 38-311, 574   |                                    |
| 183513162   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| CENTRE DE LA VISION SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                          |                                    |
| KRAKÓW, 30-033, ul. Henryka Sienkiewicza 34   |                                    |
| 12 63 30 363  |                                    |
| 357887140   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień   |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| KRAKÓW, 30-033, Henryka Sienkiewicza 34  |                                    |
| 12 63 30 363   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| MEDICUM PETLIC LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA  |                                    |
| NOWODWORZE, 33-112, 70   |                                    |
| 14 67 95 124   |                                    |
| 852507469  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICUM" Petlic<br>L.s.p. Ośrodek Zdrowia w Nowodworzu        |                                    |
| NOWODWORZE, 33-112, 70   |                                    |
| 14 67 95 124   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICUM" Petlic<br>L.s.p. Ośrodek Zdrowia w Woli Rzędzińskiej |                                    |
| WOLA RZĘDZIŃSKA, 33-150, 184a  |                                    |
| 14 67 92 194   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| "PRZYCHODNIA" E.MACIOŁ SPÓŁKA JAWNA  |                                    |
| RABKA-ZDRÓJ, 34-700, ul. Poniatowskiego 6  |                                    |
| 18 2676515   |                                    |
| 492712140  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet Medycyny Rodzinnej   |                                    |
| RABKA - ZDRÓJ, 34-700, Poniatowskiego 6  |                                    |
| 182676515  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |



|  |                                    |
|--|------------------------------------|
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Helena Mazurkiewicz NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ OŚRODEK ZDROWIA "MAZ MED"<br>INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA |                                    |
| MOSZCZENICA, 38-321, ul. Gorlicka 185  |                                    |
| 18 35 41 885   |                                    |
| 492722427  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień  |                                    |
| MOSZCZENICA, 38-321, Gorlicka 185  |                                    |
| 183541885  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Aleksander Więcek  |                                    |
| ROŻNÓW, 33-316, 406  |                                    |
| 18 44 03 022   |                                    |
| 490571540  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Praktyka lekarza rodzinnego  |                                    |
| ROŻNÓW, 33-316, 406  |                                    |
| 184403022  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ EVAMED<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                  |                                    |
| GORLICE, 38-300, ul. Władysława Broniewskiego 9  |                                    |
| 18 35 27 433   |                                    |
| 362232170  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet zabiegowy  |                                    |
| GORLICE, 38-300, Władysława Broniewskiego 9  |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 183527433   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NZOZ "SANA-MED" S.C." JOLANTA BARCZYK-<br>DANECKA, LESZEK DANECKI, DOROTA MARZEC, MARTA<br>SZYDEK-KAWECKA                     |                                    |
| OLKUSZ, 32-300, ul. gen. Stefana Buchowieckiego 15A   |                                    |
| 32 41 17 111  |                                    |
| 356367762   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień   |                                    |
| OLKUSZ, 32-300, gen. Buchowieckiego 15A   |                                    |
| 501605410   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "UMAMED" SPÓŁKA<br>PARTNERSKA LEKARZY : URSZULI RYDAROWSKIEJ-<br>POLIŃSKIEJ I ANDRZEJA SOKOŁOWSKIEGO |                                    |
| GORLICE, 38-300, ul. Słoneczna 11   |                                    |
| 183546900   |                                    |
| 492728341   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet diagnostyczno-zabiegowy   |                                    |
| GORLICE, 38-300, Słoneczna 11   |                                    |
| 183546900   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| "ARS MEDICA" SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY<br>GRZEGORZA ORCHELA I ROBERTA TENEROWICZA   |                                    |
| GORLICE, 38-300, ul. Władysława Jagiełły 10   |                                    |
| 18 3536597  |                                    |
| 492728329   |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet lekarski POZ  |                                    |
| GORLICE, 38-300, Władysława Jagiełły 10   |                                    |
| 183536597   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ    |                                    |
| BARCICE, 33-342, 422  |                                    |
| 18 4466067  |                                    |
| 380073444   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet lekarza POZ   |                                    |
| BARCICE, 33-342, 422  |                                    |
| 501527560   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia lekarza POZ  |                                    |
| WYSOWA-ZDRÓJ, 38-316, 109   |                                    |
| 183530262   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WIELOMED<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| WIELOGŁOWY, 33-311, 45  |                                    |
| 18 44 32 510  |                                    |
| 365469027   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| Gabinet lekarza internisty                         |                                    |
| WIELOGŁOWY, 33-311, 45                             |                                    |
| 184432510  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| HARAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| SPYTKOWICE, 34-745, 26                             |                                    |
| 18 26 88 581                                       |                                    |
| 383415767  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Przychodnia Medycyny Rodzinnej                     |                                    |
| SPYTKOWICE, 34-745, 26                             |                                    |
| 182688581  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NZOZ Danuta Mrażek                                 |                                    |
| KASINKA MAŁA, 34-734, 822                          |                                    |
| 18 33 13 031                                       |                                    |
| 490055702  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet Lekarza POZ Kasinka Mała MEDYCYNĄ RODZINNA |                                    |
| KASINKA MAŁA, 34-734, 822                          |                                    |
| 183313031  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet Lekarza POZ Raba Niżna MEDYCYNĄ RODZINNA   |                                    |
| RABA NIŻNA, 34-730, 218                            |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 183316060  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| BULEK - MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| CZARNY DUNAJEC, 34-470, ul. Ignacego Mościckiego 5     |                                    |
| 18 26 57 010   |                                    |
| 385260547  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| PORADNIA LEKARZA POZ                                   |                                    |
| PIEKIELNIK, 34-472, 129 C                              |                                    |
| 182639099  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Elżbieta Zielińska                                     |                                    |
| SĘKOWA, 38-307, 323                                    |                                    |
| 18 35 18 092   |                                    |
| 492828901  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| nzoż Sękowa  |                                    |
| SĘKOWA, 38-307, 323                                    |                                    |
| 183518092  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| BEATA BRYJA, HUBERT BRYJA                              |                                    |
| KLIKUSZOWA, 34-404, 40 A                               |                                    |
| 18 2651424   |                                    |
| 492828019  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Ośrodek Medycyny Rodzinnej                             |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| KLIKUSZOWA, 34-404, 40a   |                                    |
| 182651424   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GMINIE<br>NOWY TARG MAŁGORZATA KOZIOŁ, MICHALINA ŚLEMP,<br>IRENA GROMNICKA-JOPEK SPÓŁKA JAWNA |                                    |
| LUDŹMIERZ, 34-471, ul. Podhalańska 2  |                                    |
| 18 26 55 524  |                                    |
| 492836852   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Praktyka Lekarza Rodzinnego w Ludźmierzu  |                                    |
| LUDŹMIERZ, 34-471, Podhalańska 2  |                                    |
| 182655524   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Praktyka Lekarza Rodzinnego w Ostrowsku   |                                    |
| OSTROWSKO, 34-431, Za Potokiem 2  |                                    |
| 182653923   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Praktyka Lekarza Rodzinnego w Nowej Białej  |                                    |
| NOWA BIAŁA, 34-433, Główna 5  |                                    |
| 182851323   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Praktyka Lekarza Rodzinnego w Gronkowie   |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| GRONKÓW, 34-400, 207   |                                    |
| 182656037  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| CENTRUM MEDYCYNY RODZINNEJ GNOJNIK I SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                                    |
| GNOJNIK, 32-864, 537   |                                    |
| 14 68 69 965   |                                    |
| 120046070  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Centrum Medycyny Rodzinnej Gnojnik   |                                    |
| GNOJNIK, 32-864, 537   |                                    |
| 146869965  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDIC S.C.                                 |                                    |
| TYLMANOWA, 34-451, os. Bliszczce 223   |                                    |
| 18 262 50 26   |                                    |
| 492836438  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia ogólna  |                                    |
| TYLMANOWA, 34-451, os. Bliszczce 223   |                                    |
| 182625026  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "LEGE ARTIS" SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| BIECZ, 38-340, ul. Przedmieście Dolne 167  |                                    |
| 13 4470044   |                                    |
| 369230636  |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Zakład Opieki Zdrowotnej "Lege ARTIS"  |                                    |
| BIECZ, 38-340, Przedmieście Dolne 167  |                                    |
| 134470044  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| PROMED P.ŁACH R.GŁOWACKI SPÓŁKA JAWNA  |                                    |
| KRAKÓW, 31-513, ul. Olszańska 5G   |                                    |
| 0126498552   |                                    |
| 356678232  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Centrum Medyczne Promed  |                                    |
| KRAKÓW, 31-411, Nad Strugą 7   |                                    |
| 124151101  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w<br>Szerzynie                          |                                    |
| SZERZYNY, 38-246, 26   |                                    |
| 14 65 17 268   |                                    |
| 370477936  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet lekarza podstawowej opieki zdrowotnej  |                                    |
| SZERZYNY, 38-246, 26   |                                    |
| 146517268  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| KOPALNIA SOLI "WIELICZKA" TRASA TURYSTYCZNA<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |



|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| WIELICZKA, 32-020, park Kingi 10   |                                    |
| 12 27 87 375   |                                    |
| 351197769  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Ośrodek Leczenia i Rehabilitacji   |                                    |
| WIELICZKA, 32-020, Park Kingi 1 budynek I  |                                    |
| 122787368  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| JARACZ, OKIŃCZYC, PACIORKOWSKA-<br>MIELCZAREK, WARECKA-LEKARZE SPÓŁKA PARTNERSKA |                                    |
| KRAKÓW, 31-135, UL. STEFANA BATOREGO 3   |                                    |
| 12 63 38 828   |                                    |
| 356595635  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| "TWÓJ LEKARZ" - LEKARZE SPÓŁKA PARTNERSKA  |                                    |
| KRAKÓW, 31-135, STEFANA BATOREGO 3   |                                    |
| +48126338828   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| EMANUEL KAPAŁA   |                                    |
| PAŁEczNICA, 32-109, ul. Francuska 10   |                                    |
| 413848006  |                                    |
| 072705368  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień  |                                    |
| PAŁEczNICA, 32-109, Francuska 10   |                                    |
| 413848006  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Izabela Wróblewska   |                                    |
| ZABORÓW, 32-821, 90  |                                    |
| 14 671 52 52   |                                    |
| 852530178  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Izabela Wróblewska - Poradnia Medycyny Rodzinnej   |                                    |
| ZABORÓW, 32-821, 90  |                                    |
| 146715252  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Anna Maria Trawińska   |                                    |
| SKAWICA, 34-221, 448   |                                    |
| 33 87 75 313   |                                    |
| 852544588  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Ośrodek Zdrowia w Skawicy Anna Trawińska   |                                    |
| SKAWICA, 34-221, 448   |                                    |
| 338775313  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| STAROSĄDECKI NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ "ESKULAP" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| STARY SĄCZ, 33-340, ul. KRÓLOWEJ JADWIGI 20  |                                    |
| 18 44 61 171   |                                    |
| 492910442  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Starosądecki Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>"ESKULAP" Sp. z o.o.                                 |                                    |
| STARY SĄCZ, 33-340, Królowej Jadwigi 20  |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 662576288   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| "HIPOKRATES" S.KRÓLICKI-J.ŚLIFIRSKI SPÓŁKA JAWNA  |                                    |
| KĘTY, 32-650, ul. Henryka Sienkiewicza 13   |                                    |
| 33 84 75 800  |                                    |
| 356755464   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| NZOZ "HIPOKRATES"   |                                    |
| KĘTY, 32-650, Henryka Sienkiewicza 13   |                                    |
| 33 84 75 800  |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ESCULAP<br>ANNA TOKARCZYK ADAM GĘBKA SPÓŁKA JAWNA |                                    |
| MUSZYNA, 33-370, UL. ZEFIRKA 6  |                                    |
| 18 47 77 819  |                                    |
| 492933874   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| GABINET LEKARZA POZ   |                                    |
| MUSZYNA, 33-370 , ZEFIRKA 6   |                                    |
| 184777819   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Halina Szczerbińska   |                                    |
| IWKOWA, 32-861, 609   |                                    |
| 14 68 44 310  |                                    |
| 850123397   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki<br>zdrowotnej                             |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| IWKOWA, 32-861, 458   |                                    |
| 146844310   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Barbara Szczodrowska  |                                    |
| ŁĄCKO, 33-390, 565  |                                    |
| 18 4446666  |                                    |
| 490717267   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej NZOZ -<br>Praktyka Lekarza Rodzinnego Barbara Szczodrowska          |                                    |
| ŁĄCKO, 33-390, 662  |                                    |
| 184446666   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NZOZ MEDYK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                                    |
| SZCZUROWA, 32-820, ul. Rynek 1  |                                    |
| 14 67 14 777  |                                    |
| 122598744   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| NZOZ MEDYK Sp.z o.o.  |                                    |
| SZCZUROWA, 32-820, Rynek 1  |                                    |
| 146714777   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>PRZYCHODNIA ZDROWIA RODZINY SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| KRAKÓW, 31-236, al. 29 Listopada 178A   |                                    |
| 126654285   |                                    |
| 356820380   |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia Lekarza POZ   |                                    |
| KRAKÓW, 31-236, al. 29 Listopada 178A  |                                    |
| 126654285  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZY<br>BASENIE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| ANDRYCHÓW, 34-120, al. Aleja Adama Wietrznego 3  |                                    |
| 338704990  |                                    |
| 356819365  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PRZY BASENIE"<br>Sp. z o.o.                                 |                                    |
| ANDRYCHÓW, 34-120, Aleja Adama Wietrznego 3  |                                    |
| 338704990  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Mirosław Lejawka NZOZ MIROMED Poradnia Medycyny<br>Rodzinnej                                       |                                    |
| JURKÓW, 32-860, 379/3  |                                    |
| 14 68 42 202   |                                    |
| 850525316  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet Lekarza Rodzinnego   |                                    |
| JURKÓW, 32-860, 379/3  |                                    |
| 146842202  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| Dariusz Drożdż "DARMED"  |                                    |
| CZCHÓW, 32-860, ul. Sądecka 183                                      |                                    |
| 14 68 43 090   |                                    |
| 851701850  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "DARMED"                       |                                    |
| CZCHÓW, 32-860, Sądecka 183  |                                    |
| 146843090  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia medycyny rodzinnej w Czchowie Filia w Złotej                |                                    |
| ZŁOTA, 32-859, -   |                                    |
| 146639009  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| ESKULAP MAŁGORZATA KLIMCZAK, KRYSZTIAN<br>KWAŚNIEWSKI SPÓŁKA CYWILNA |                                    |
| SZCZAWNICA, 34-460, ul. Jana Wiktora 17 A                            |                                    |
| 18 26 22 219   |                                    |
| 492952050  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ESKULAP" s.c.                 |                                    |
| SZCZAWNICA, 34-460, Jana Wiktora 17a                                 |                                    |
| 182622219  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| FIZJOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                  |                                    |
| SKRZYDLNA, 34-625, 287   |                                    |
| 69 40 84 052   |                                    |
| 492951576  |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                                     |                                    |
| SZCZYRZYC, 34-623, 188  |                                    |
| 183320400   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| CERTUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                    |                                    |
| MYŚLENICE, 32-400, ul. Drogowców 5  |                                    |
| 12 27 25 670  |                                    |
| 356858796   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "CERTUS" filia w Myślenicach ul. Jagiełły 1 |                                    |
| MYŚLENICE, 32-400, Władysława Jagiełły 1  |                                    |
| 123127120   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "CERTUS"                                    |                                    |
| MYŚLENICE, 32-400, Drogowców 5  |                                    |
| 122725670   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| DOCTUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                    |                                    |
| MYŚLENICE, 32-400, ul. Słoneczna 32   |                                    |
| 12 27 24 650  |                                    |
| 356868524   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| DOCTUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ               |                                    |
| MYŚLENICE, 32-400, Szpitalna 2                                  |                                    |
| 531161255   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie</b>                 |
| KADŁUCZKA SŁAWOMIR NZOZ "CENTRUM PROMOCJI I<br>OCHRONY ZDROWIA" |                                    |
| ZAGÓRZE, 32-555, ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 226          |                                    |
| 32 61 34 963  |                                    |
| 351369012   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet diagnostyczno-zabiegowy nr 1                            |                                    |
| BABICE, 32-551, JANA GOŁĄBA 1                                   |                                    |
| 326134101   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                                 |                                    |
| PSARY, 32-545, WSPÓLNA 6  |                                    |
| 326115105   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Wiesław Dudziński   |                                    |
| OSTRÓW, 33-122, 77  |                                    |
| 505 132 102   |                                    |
| 850265536   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej INMED                     |                                    |
| SIEDLIKA, 33-172, 231A  |                                    |
| 146527200   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |



|   |                                    |
|---|------------------------------------|
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością   |                                    |
| WARSZAWA, 02-676, ul. Postępu 21 C  |                                    |
| 224504500   |                                    |
| 140723603   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień   |                                    |
| KRAKÓW, 30-392, Opolska 114   |                                    |
| 223322888   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień   |                                    |
| KRAKÓW, 30-418, Księdza Józefa Tischnera 8  |                                    |
| 223322888   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie</b>                 |
| Punkt szczepień   |                                    |
| KRAKÓW, 30-415, Wadowicka 8W  |                                    |
| 223322888   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie</b>                 |
| Poradnia lekarza POZ  |                                    |
| KRAKÓW, 31-216, Andrzeja Frycza-Modrzewskiego 2   |                                    |
| 223322888   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| PRZEDSIĘBIORSTWO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH I<br>PROMOCJI ZDROWIA ELVITA-JAWORZNO III SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| JAWORZNO, 43-600, ul. Gwarków 1   |                                    |
| 32 7549411  |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 276223418   |                                    |
|   | <b>szczepienie</b>                 |
| LEVITA NZOZ GÓRNICZY ZAKŁAD LECZNICTWA<br>AMBULATORYJNEGO W LIBIAŻU |                                    |
| LIBIAŻ, 32-590, GÓRNICZA 5  |                                    |
| 32 624 21 36, 32 627 04 51  |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie</b>                 |
| Punkt szczepień   |                                    |
| OŚWIĘCIM, 32-600, Chemików 5  |                                    |
| 33 8449381  |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień   |                                    |
| TRZEBINIA, 32-540, HARCERSKA 13                                     |                                    |
| 32 6121002  |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Krakowie<br>SPZOZ      |                                    |
| Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3                                  |                                    |
| +48 12 63 08 301  |                                    |
| 351506868   |                                    |
|   | <b>szczepienie personelu *</b>     |
| Punkt szczepień - Garnizonowy Ośrodek Szkolenia<br>Sportowego       | <b>W</b>                           |
| Kraków, 30-901, ul.Rakowicka 22                                     |                                    |
| 48126308323   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień - Garnizonowy Ośrodek Szkolenia<br>Sportowego       |                                    |
| Kraków, 30-901, ul.Rakowicka 22                                     |                                    |
| +48126308323  |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień Powszechnych - Garnizonowy Ośrodek<br>Szkolenia Sportowego |                                    |
| Kraków, 30-901, ul.Rakowicka 22  |                                    |
| 126308324  |                                    |
| 22.04.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| INSTYTUT GRUŹLICY I CHOROÓB PŁUC   |                                    |
| WARSZAWA, 01-138, ul. Płocka 26  |                                    |
| 224312428  |                                    |
| 000288490  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| punkt szczepień INSTYTUT GRUŹLICY I CHOROÓB PŁUC                           |                                    |
| RABKA-ZDRÓJ, 34-700, ul. Prof. Jana Rudnika 3B                             |                                    |
| 0182676060   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| INSTYTUT GRUŹLICY I CHOROÓB PŁUC   |                                    |
| RABKA-ZDRÓJ, 34-700, ul. Prof. Jana Rudnika 3B                             |                                    |
| 0182676060   | <b>P</b>                           |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                            |                                    |
| TARNÓW, 33-100, ul. Parkowa 2.   |                                    |
| 14 628 41 43   |                                    |
| 852752594  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia medycyny pracy  |                                    |
| TARNÓW, 33-100, Juliusza Słowackiego 33-37                                 |                                    |
| 14 628 41 83   |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 09.03.2021                                     |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Przychodnia Rodzinna nMedica                   |                                    |
| TARNÓW, 33-100, ul. Parkowa 2                  |                                    |
| 14 628 41 43                                   |                                    |
| 26.03.2021                                     |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| MEDEA spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  |                                    |
| MICHAŁOWICE, 32-091, ul. Krakowska 229         |                                    |
| 12 38 85 699                                   |                                    |
| 356878008                                      |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia Lekarza Rodzinnego                    |                                    |
| MICHAŁOWICE, 32-091, Krakowska 229             |                                    |
| 123885199                                      |                                    |
| 09.03.2021                                     |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Jolanta Wiśniecka -Tyrawa                      |                                    |
| WIELICZKA, 32-020, ul. Adama Mickiewicza 10/CD |                                    |
| 601 426 590                                    |                                    |
| 120020886                                      |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| WIELMED NZOZ Lekarze Rodzinni                  |                                    |
| WIELICZKA, 32-020, Adama Mickiewicza 10 c, d   |                                    |
| 122890330                                      |                                    |
| 09.03.2021                                     |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Krzysztof Niżnik                               |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| SIDZINA, 34-236, 797  |                                    |
| 18 26 73 187  |                                    |
| 490399710   |                                    |
|   | <b>szczepienie</b>                 |
| NIEPUBLICZNY ZAKAŁD OPIEKI ZDROWOTNEJ OŚRODEK<br>ZDROWIA W SIDZINIE - Punkt szczepień |                                    |
| SIDZINA, 34-236, 721  |                                    |
| 182673187   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Marek Jaworski  |                                    |
| OSIELEC, 34-234, 540  |                                    |
| 18 2773907  |                                    |
| 490177820   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| punkt szczepień Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w<br>Osielcu                    |                                    |
| OSIELEC, 34-234, 540  |                                    |
| 182773907   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| INTERCARD SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                  |                                    |
| KRAKÓW, 31-514, al. Aleja płk. Władysława Beliny-<br>Prażmowskiego 60                 |                                    |
| 126262024   |                                    |
| 120040222   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Zespół Poradni Specjalistycznych w Nowym Sączu  |                                    |
| NOWY SĄCZ, 33-300, Jana Kilińskiego 68  |                                    |
| 185400200   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OŚRODEK<br>ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| ROPA, 38-312, 680   |                                    |
| 18 3534120  |                                    |
| 369747492   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej   |                                    |
| ROPA, 38-312, 680   |                                    |
| 183534120   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| EWA BUGAJSKA  |                                    |
| WIELICZKA, 32-020, UL. BOLESŁAWA SZPUNARA 20A   |                                    |
| 601 860 740   |                                    |
| 351409906   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej  |                                    |
| WIELICZKA, 32-020, Bolesława Szpunara 20A   |                                    |
| 724179020   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| ARKADIUSZ STRUS EUROMED NZOZ  |                                    |
| WIELICZKA, 32-020, ul. Bolesława Szpunara 19  |                                    |
| 12 27 84 000  |                                    |
| 350993122   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet diagnostyczno-zabiegowy   |                                    |
| WIELICZKA, 32-020, Bolesława Szpunara 19  |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 122784000  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| MEDIKARTE - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ       |                                    |
| BOCHNIA, 32-700, ul. Proszowska 1                            |                                    |
| 14 61 05 359   |                                    |
| 120209595  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki<br>zdrowotnej  |                                    |
| BOCHNIA, 32-700, PROSZOWSKA 1                                |                                    |
| 146105359  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| Zuzanna Rejowska   |                                    |
| STARY SĄCZ, 33-340, ul. Mickiewicza 39                       |                                    |
| 18 44 63 346   |                                    |
| 120213929  |                                    |
|  | <b>szczepienie</b>                 |
| Gabinet lekarza POZ  |                                    |
| GOŁKOWICE GÓRNE, 33-340, 119                                 |                                    |
| 184463346  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| MIROSŁAWA FRANKOWSKA-MAJCHRZAK I ANNA GALICA<br>SPÓŁKA JAWNA |                                    |
| NOWY TARG, 34-400, os. Wincentego Witosa 12/1                |                                    |
| 18 26 11 758   |                                    |
| 120331623  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                              |                                    |
| NOWY TARG, 34-400, Wojska Polskiego 14                       |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 182611758  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Przychodnia Lekarska - Anna Galica i Wspólnicy - Spółka<br>Jawna                 |                                    |
| BUKOWINA TATRZAŃSKA, 34-530, ul. Kościuszki 45 a                                 |                                    |
| 18 20 77 521   |                                    |
| 120321576  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień  |                                    |
| BUKOWINA TATRZAŃSKA, 34-530, Kościuszki 11                                       |                                    |
| 182077201  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień  |                                    |
| PORONIN, 34-520, Józefa Piłsudskiego 101   |                                    |
| 182077201  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| OŚRODEK ZDROWIA - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD<br>OPIEKI ZDROWOTNEJ W SZCZUROWEJ |                                    |
| SZCZUROWA, 32-820, ul. Rynek 3   |                                    |
| 14 67 13 131   |                                    |
| 120509067  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Ośrodek Zdrowia - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki<br>Zdrowotnej w Szczurowej |                                    |
| SZCZUROWA, 32-820, Rynek 3   |                                    |
| 146713131  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |



|   |                                    |
|---|------------------------------------|
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| "SZPITAL MIEJSKI W RABCE-ZDROJU" SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| RABKA-ZDRÓJ, 34-700, ul. Słoneczna 3  |                                    |
| 18 26 77 001  |                                    |
| 120480323   |                                    |
|   | <b>szczepienie</b>                 |
| Izba Przyjęć Szpital w Rabce Punkt Szczepień                                |                                    |
| RABKA ZDRÓJ, 34-700, ul. Słoneczna 3  |                                    |
| 512283247   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Tadeusz Magiera   |                                    |
| LIPINKI, 38-305, 52   |                                    |
| 13 447 70 19  |                                    |
| 370131758   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet diagnostyczno - zabiegowy   |                                    |
| KRYG, 38-305, 446   |                                    |
| 134479003   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| "ZDROWIE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                        |                                    |
| ZAWOJA, 34-222, 1580  |                                    |
| 33 87 75 003  |                                    |
| 120525296   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE"<br>Spółka z o.o.            |                                    |
| ZAWOJA, 34-222, 1580  |                                    |
| 338775003   |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| CENTRUM ZDROWIA TUCHÓW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| TUCHÓW, 33-170, ul. Szpitalna 1                                   |                                    |
| 14 65 35 100  |                                    |
| 120446616   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| CENTRUM ZDROWIA TUCHÓW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| TUCHÓW, 33-170, ul. Szpitalna 1                                   |                                    |
| 14 65 35 100  |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>P</b>                           |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień   |                                    |
| TUCHÓW, 33-170, Kolejowa 8B                                       |                                    |
| 146535101   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień   |                                    |
| WIERZCHOSŁAWICE, 33-122, 39B                                      |                                    |
| 533329632   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień   |                                    |
| CIEŻKOWICE, 33-190, Zdrowa 1                                      |                                    |
| 533329632   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| Punkt Szczepień Powszechnych w Burzynie                                       |                                    |
| BURZYN, 33-170, Burzyn 5  |                                    |
| 534497529, 536180975  |                                    |
| 21.04.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ROMED" Lucyna Figura                   |                                    |
| OLSZYNY, 33-164, 574  |                                    |
| 14 65 32 630  |                                    |
| 852536442   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia lekarza POZ Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ROMED"            |                                    |
| OLSZYNY, 33-164, 574  |                                    |
| 146532630   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie</b>                 |
| LAKIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                            |                                    |
| KRAKÓW, 30-548, ul. Lwowska 17/1  |                                    |
| 12 65 63 014  |                                    |
| 356871868   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet lekarza POZ   |                                    |
| KRAKÓW, 30-548, Lwowska 17/1 i 2  |                                    |
| 126563014   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Praktyka Lekarzy Małgorzata Jordan i Ewa Majcherek<br>Jaworska Spółka Cywilna |                                    |
| WOLA RADZISZOWSKA, 32-053, 590  |                                    |
| 12 27 54 123  |                                    |
| 120630426   |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Praktyka Lekarzy Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>Ośrodek Zdrowia s.c. Wola Radziszowska |                                    |
| WOLA RADZISZOWSKA , 32-053, 590  |                                    |
| 122754123  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Wojciech Sikora  |                                    |
| MAKÓW PODHALAŃSKI, 34-220, ul. 3 Maja 45a  |                                    |
| 18 28 73 225   |                                    |
| 492924970  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień  |                                    |
| TOPORZYSKO, 34-240, 250 250  |                                    |
| 182873225  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NZOZ PROFAMILIA MARIUSZ PLICHTA  |                                    |
| PORĄBKA USZEWSKA, 32-854, 301  |                                    |
| 14 66 56 780   |                                    |
| 852528247  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| NZOZ PROFAMILIA  |                                    |
| PORĄBKA USZEWSKA, 32-854, 301  |                                    |
| 146656780  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| QUEEN MEDICINE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                                    |
| KRAKÓW, 31-036, ul. Halicka 10   |                                    |
| 0122627878   |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 120452433  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień  |                                    |
| KRAKÓW, 31-476, Bosaków 11                                       |                                    |
| 122627878  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| COMARCH HEALTHCARE SPÓŁKA AKCYJNA                                |                                    |
| KRAKÓW, 31-864, al. Jana Pawła II 39A                            |                                    |
| 12 39 44 100   |                                    |
| 120652221  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| imed24 Punkt szczepień   |                                    |
| KRAKÓW, 31-864, PROF. MICHAŁA ŻYCZKOWSKIEGO 29                   |                                    |
| 123763131  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| LESZEK ERB   |                                    |
| JORDANÓW, 34-240, ul. 3 Maja 2A                                  |                                    |
| 18 26 75 519   |                                    |
| 490810950  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia w Jordanowie" |                                    |
| JORDANÓW, 34-240, 3-go maja 2a                                   |                                    |
| 182675519  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| SPECJALMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ            |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| DOBCZYCE, 32-410, ul. Zarabie 35C                   |                                    |
| 508329635   |                                    |
| 120778092   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia Lekarza POZ                                |                                    |
| DOBCZYCE, 32-410, Zarabie 35c                       |                                    |
| 508329634   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej      |                                    |
| WIŚNIOWA, 32-412, 317                               |                                    |
| 508329634   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej      |                                    |
| RACIECHOWICE, 32-415, 330                           |                                    |
| 508329634   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia lekarza POZ                                |                                    |
| KASINKA MAŁA, 34-734, 822                           |                                    |
| 508329634   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień Powszechnych - Specjalmed Sp.z.o.o. |                                    |
| DOBCZYCE, 32-410, ul. Podgórska 2                   |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 122711284   |                                    |
| 22.04.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Jarosław Zachara  |                                    |
| BORZĘCIN, 32-825, 87B   |                                    |
| 14 68 46 009  |                                    |
| 850509056   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień   |                                    |
| BORZĘCIN, 32-825, 87b   |                                    |
| 146846009   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| HOLI-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                               |                                    |
| DĘBNO, 32-852, 380  |                                    |
| 14 66 50 145  |                                    |
| 120547582   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| HOLI - MED Sp.z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki<br>Zdrowotnej                     |                                    |
| DĘBNO, 32-852, 380  |                                    |
| 146650145   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| STANISŁAW SYNOWIEC PRZYCHODNIA ZDROWIA SPÓŁKA<br>Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| KRZESZÓW, 34-206, 217   |                                    |
| +48338748175  |                                    |
| 385188548   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| Poradnia medycyny rodzinnej   |                                    |
| KRZESZÓW, 34-206, 217   |                                    |
| 338748175   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| MAREK COGIEL  |                                    |
| LACHOWICE, 34-232, Lachowice 195B   |                                    |
| 33 87 48 012  |                                    |
| 070782880   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ (NZOZ)<br>PRZYCHODNIA ZDROWIA W LACHOWICACH MAREK<br>COGIEL |                                    |
| LACHOWICE, 34-232, 195b   |                                    |
| 338748012   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Bożena Małgorzata Polewczyk   |                                    |
| STRYSZAWA, 34-205, 277A   |                                    |
| 33 8747026  |                                    |
| 070613886   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia ogólna   |                                    |
| STRYSZAWA, 34-205, 277A   |                                    |
| 338747026   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| EWA JASIŃSKA-KRYCZKA  |                                    |
| KOCMYRZÓW, 32-010, ul. Spółdzielców 3   |                                    |
| 12 64 72 028  |                                    |
| 351311461   |                                    |



|  |                                    |
|--|------------------------------------|
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| NZOZ Centrum Medyczne "Gastro-Medical"                                 |                                    |
| KOCMYRZÓW, 32-010, Spółdzielców 3                                      |                                    |
| 126472028  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Niepołomickie Centrum Medyczne Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                    |
| NIEPOŁOMICE, 32-005, ul. Janusza Korczaka 1                            |                                    |
| 12 281 36 56   |                                    |
| 120891316  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| FILIA PRZYCHODNI W PODŁĘŻU Z SIEDZIBĄ W PODGRABIU                      |                                    |
| NIEPOŁOMICE, 32-005, UL. SPORTOWA 1                                    |                                    |
| 122811317  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Przychodnia Rejonowa w Niepołomicach                                   |                                    |
| NIEPOŁOMICE, 32-005, UL. J. Korczaka 1                                 |                                    |
| 122811005  |                                    |
| 26.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Przychodnia w Podłężu  |                                    |
| PODŁĘŻE, 32-003, Podłęże 467   |                                    |
| 122818999  |                                    |
| 26.03.2021   |                                    |
|  |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Przychodnia w Zabierzowie Bocheńskim              |                                    |
| ZABIERZÓW, 32-007, Zabierzów 468                  |                                    |
| 122816836   |                                    |
| 26.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| KORMED S.C. Koryczan Leszek, Koryczan Renata      |                                    |
| WOLA FILIPOWSKA, 32-065, ul. Stolarska 1.         |                                    |
| 12 28 37 023                                      |                                    |
| 120576840   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej KORMED S.C. |                                    |
| WOLA FILIPOWSKA, 32-065, Stolarska 1              |                                    |
| 122837023   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Ficek Magdalena NZOZ OŚRODEK ZDROWIA w Budzowie   |                                    |
| BUDZÓW, 34-211, 460                               |                                    |
| 33 87 40 008                                      |                                    |
| 356738000   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia Lekarza POZ                              |                                    |
| BUDZÓW, 34-211, 460                               |                                    |
| 338740008   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Emka Med mgr Kinga Markowicz                      |                                    |
| KOSZYCE MAŁE, 33-111, ul. Główna 29               |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 14 63 40 030, 14 65 01 111   |                                    |
| 850470443  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                    |                                    |
| KOSZYCE MAŁE, 33-111, Główna 29                                    |                                    |
| 146501111  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| LUBOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                 |                                    |
| KOCMYRZÓW, 32-010, ul. Wąwozowa 2                                  |                                    |
| 123872081  |                                    |
| 121119859  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LUBOMED                      |                                    |
| KOCMYRZÓW, 32-010, Wąwozowa 2                                      |                                    |
| 12 38 72 081   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| CENTRUM MEDYCZNE PROMED SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| BOLESŁAW, 32-329, ul. Laskowska 4a                                 |                                    |
| 32 64 24 147   |                                    |
| 121269211  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| CENTRUM MEDYCZNE PROMED Sp. z o. o. Punkt<br>szczepień             |                                    |
| BOLESŁAW, 32-329, LASKOWSKA 4A                                     |                                    |
| 32 64 24 147   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| ESKULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| MASZKÓW, 32-095, ul. Królewska 49                  |                                    |
| 12 38 84 512                                       |                                    |
| 356352602  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| NZOZ "ESKULAP" - Przychodnia wielospecjalistyczna  |                                    |
| IWANOWICE DWORSKIE, 32-095, Jurajska 27            |                                    |
| 123884399  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| NZOZ "ESKULAP" - Rehabilitacja                     |                                    |
| MASZKÓW, 32-095, ul. Królewska 49                  |                                    |
| 123884512  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NZOZ PRZYCHODNIA RODZINNA S.C.                     |                                    |
| MIECHÓW, 32-200, ul. Juliusza Słowackiego 13       |                                    |
| 41 383 45 45                                       |                                    |
| 121332843  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Przychodnia Rodzinna s.c.                          |                                    |
| MIECHÓW, 32-200, Juliusza Słowackiego 13           |                                    |
| 413834545  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM<br>MEDYCYNY RODZINNEJ U.MYSZKA JAKUBOWSKA,<br>M.JAKUBOWSKI, J.JAKUBOWSKI |                                    |
| TRZCIANA, 32-733, 336  |                                    |
| 14 61 36 005   |                                    |
| 121318671  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| NZOZ CENTRUM MEDYCYNY RODZINNEJ S.C.   |                                    |
| TRZCIANA, 32-733, 336  |                                    |
| 146136005  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ARSMEDICA<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                             |                                    |
| TRZCIANA, 32-733, 336  |                                    |
| 14 61 36 764   |                                    |
| 121297466  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| NZOZ ARSMEDICA SP. Z O.O.  |                                    |
| TRZCIANA, 32-733, 336  |                                    |
| 146136764  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| CENTRUM MEDYCZNE "BATOREGO" SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                                    |
| NOWY SĄCZ, 33-300, al. Aleje Stefana Batorego 77   |                                    |
| 18 44 20 006   |                                    |
| 120854657  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia (gabinet) lekarza POZ   |                                    |
| NOWY SĄCZ, 33-300, al. Aleje Stefana Batorego 77   |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 18 44 20 006  |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| OŚRODEK MEDYCZNY ZDROWIE - PRAKTYKA LEKARZY<br>RODZINNYCH SŁAWOMIR BADURA, MARIA TURLEJ-<br>POPIEL SPÓŁKA JAWNA |                                    |
| KRAKÓW, 30-426, ul. Józefa Montwiłła-Mireckiego 10/3  |                                    |
| 12 312 82 00  |                                    |
| 121367327   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia lekarza POZ  |                                    |
| KRAKÓW, 30-426, Montwiłła-Mireckiego 10/3   |                                    |
| 123128200   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień   |                                    |
| KRAKÓW, 30-426, Józefa Montwiłła-Mireckiego 10/3  |                                    |
| 12 312 82 00  |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| "BERGER I SAJDAK - SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY"   |                                    |
| ZALASOWA, 33-159, ul. św. Walentego 9/2   |                                    |
| 14 65 42 194  |                                    |
| 852622035   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej  |                                    |
| ZALASOWA, 33-159, św. Walentego 9/2   |                                    |
| 146542194   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| CENTRUM MEDYCZNE 4M SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                                    |
| KRAKÓW, 30-438, ul. Borkowska 25B/U1   |                                    |
| +48 12 307 02 21   |                                    |
| 121497389  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia lekarza POZ   |                                    |
| KRAKÓW, 31-141, Krowoderska 17   |                                    |
| 12 30 70 221   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| PRAKTYKA GRUPOWA PEDIATRYCZNO-INTERNISTYCZNA -<br>LEKARZE E. BAŁUK-SYREK & A. KRZYWOŃ SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| KRZCZONÓW, 32-435, 733   |                                    |
| 122747551  |                                    |
| 356383264  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia Lekarza POZ   |                                    |
| SKOMIELNA CZARNA, 32-437, 415  |                                    |
| 12 37 32 226   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| BRONIEK - SETKIEWICZ - LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA  |                                    |
| RYGLICE, 33-160, ul. Tarnowska 21  |                                    |
| 14 65 41 009   |                                    |
| 852624028  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia lekarza POZ   |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| RYGLICE, 33-160, TARNOWSKA 21  |                                    |
| 146541009  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ TRES-MED<br>ROGAL-PIECH-WOJTASZEK LEKARSKA SPÓŁKA<br>PARTNERSKA  |                                    |
| GROMNIK, 33-180, ul. Jana Pawła II 10  |                                    |
| 14 65 14 210   |                                    |
| 852726898  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej   |                                    |
| GROMNIK, 33-180, Jana Pawła II 10  |                                    |
| 146514210  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| PRO VITAE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                                    |
| CHOMRANICE, 33-394, 200  |                                    |
| 60 25 58 244   |                                    |
| 121130424  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień  |                                    |
| CHOMRANICE, 33-394, 10   |                                    |
| 184433308  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NOWOCZESNE CENTRUM MEDYCZNE OKOKLINIK SPÓŁKA<br>Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA<br>KOMANDYTOWA |                                    |
| WARSZAWA, 01-493, ul. Orlich Gniazd 8/13   |                                    |



|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 228619379   |                                    |
| 141224658   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| NOWOCZESNE CENTRUM MEDYCZNE OKOKLINIK Punkt<br>szczepień      |                                    |
| CHRZANÓW, 32-500, Topolowa 16                                 |                                    |
| 609155258   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| PAWEŁ CHRUŚCIEL I WSPÓLNICY - SPÓŁKA JAWNA                    |                                    |
| NOWY TARG, 34-400, os. Wincentego Witosa 8/3                  |                                    |
| 18 2001360  |                                    |
| 121850704   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień   |                                    |
| MURZASICHLE, 34-531, Sądejska 55                              |                                    |
| 182001360   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| "PULS Iwulski Ropek s.c." Zdzisław Iwulski, Bogumiła<br>Ropek |                                    |
| BRZESKO, 32-800, ul. Legionów Piłsudskiego 27A                |                                    |
| 14 68 53 200  |                                    |
| 122445101   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| ZOZ PULS MED  |                                    |
| BRZESKO, 32-800, Legionów Piłsudskiego 27A                    |                                    |
| 146853200   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| ZDROWIE RODZINNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                         |                                    |
| SKAŁA, 32-043, ul. Bohaterów Września 52  |                                    |
| 883 255 554   |                                    |
| 122499551   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień   |                                    |
| SKAŁA, 32-043, Polna 17   |                                    |
| 124426200   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| PRZYCHODNIE "ESKULAP" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                                    |
| BIECZ, 38-340, ul. Tysiąclecia 3  |                                    |
| 13 4471808  |                                    |
| 122588906   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Przychodnia w Bieczu  |                                    |
| BIECZ, 38-340, Tysiąclecia 3  |                                    |
| 13 4471808  |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Przychodnia w Libuszy   |                                    |
| LIBUSZA, 38-306, 688  |                                    |
| 134475051   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Przychodnia w Rożnowicach   |                                    |
| ROŻNOWICE, 38-323, 326  |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 13 4476003   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| SANATORIUM UZDROWISKOWE "LEŚNIK-DRZEWIARZ"<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ<br>KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, ul. Podgórna 1 |                                    |
| 18 4712861   |                                    |
| 122586592  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Sanatorium Uzdrowiskowe "LEŚNIK-DRZEWIARZ" Sp. z<br>o.o.   |                                    |
| KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, Podgórna 1  |                                    |
| 184712861  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| "MG LEKARZE RODZINNI GRUZIEL, MAGDOŃ" SPÓŁKA<br>PARTNERSKA   |                                    |
| KRAKÓW, 30-612, ul. Przykopy 13  |                                    |
| 607 370 036  |                                    |
| 122685199  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej   |                                    |
| KRAKÓW-PODGÓRZE, 30-612, Przykopy 13   |                                    |
| 607 370 036  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NOWA-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                                    |
| WADOWICE, 34-100, ul. Emilii i Karola Wojtyłów 19  |                                    |
| 602694045  |                                    |
| 122720553  |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet lekarza POZ  |                                    |
| WADOWICE, 34-100, E i K Wojtyłów 19  |                                    |
| 602694045  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| BONUS-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                                    |
| KAMIONKA WIELKA, 33-334, 253   |                                    |
| 18 44 56 060   |                                    |
| 122637533  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Bonus-Med  |                                    |
| KAMIONKA WIELKA, 33-334, 465   |                                    |
| 184456060  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM<br>MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| PCIM, 32-432, 1  |                                    |
| 12 27 48 501   |                                    |
| 122734242  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM<br>MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| PCIM, 32-432, 5  |                                    |
| 122748501  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| CARDEA KUCA MALINA LEKARZE SPÓŁKA PARTNERSKA                       |                                    |
| ŻUROWA, 38-247, 7  |                                    |
| 14 65 13 685   |                                    |
| 122509002  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Przychodnia Rodzinna CARDEA  |                                    |
| ŻUROWA, 38-247, 7  |                                    |
| 146513685  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| GMINNE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| RADGOSZCZ, 33-207, pl. św. Kazimierza 3                            |                                    |
| 14 641 41 10   |                                    |
| 122813059  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia lekarza POZ   |                                    |
| RADGOSZCZ, 33-207, PLAC ŚW. KAZIMIERZA 3                           |                                    |
| 146414110  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia lekarza POZ   |                                    |
| LUSZOWICE, 33-206, MIELECKA 7                                      |                                    |
| 146413306  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| ALLMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ               |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| WARSZAWA, 02-797, ul. Franciszka Klimczaka 17/80                                    |                                    |
| 791039499   |                                    |
| 146061563   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| ALLMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                |                                    |
| NOWY TARG, 34-400, Kolejowa 31  |                                    |
| 182657488   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| ALLMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                |                                    |
| NOWY TARG, 34-400, Tysiąclecia 111  |                                    |
| 182657488   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| ALLMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                |                                    |
| MSZANA DOLNA, 34-730, Orkana 10   |                                    |
| 182657488   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| ALLMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                |                                    |
| ZAKOPANE, 34-500, Chyców Potok 26   |                                    |
| 182657488   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień Powszechnych - ALLMEDICA<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| ZAKOPANE, 34-500, Chyców Potok 26                                 |                                    |
| 182657488   |                                    |
| 07.04.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| CENTRUM MEDYCZNE SZYCE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| SZYCE, 32-085, Plac Wspólnoty 2                                   |                                    |
| 12 41 92 010  |                                    |
| 122872576   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Centrum Medyczne Szyce  |                                    |
| SZYCE, 32-085, Plac Wspólnoty 2                                   |                                    |
| 124192010   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| VITALIS NOWAK I ŻURAKOWSKI SPÓŁKA JAWNA                           |                                    |
| TRZEBINIA, 32-540, ul. Kopernika 25                               |                                    |
| 32 620 02 93  |                                    |
| 121378220   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                                   |                                    |
| TRZEBINIA, 32-540, Kopernika 25                                   |                                    |
| 326200293   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Szpital Powiatowy w Limanowej Imienia Miłosierdzia<br>Bożego      |                                    |
| ul. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa                              |                                    |
| +48 18 330 17 00  |                                    |
| 000304378   |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Szpital Powiatowy w Limanowej Imienia Miłosierdzia Bożego                                       | <b>W</b>                           |
| ul. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa  |                                    |
| tel. +48 734135535  |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet Lekarza POZ   |                                    |
| ul. W. Witosa 28, 34-600 Limanowa   |                                    |
| 183371722   |                                    |
| 26.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień Powszechnych - Zespół Szkół Technicznych i Ogólnokształcących im. Jana Pawła II | <b>PSP</b>                         |
| LIMANOWA, 24-600, ul. Zygmunta Augusta 8  |                                    |
| 734135538   |                                    |
| 27.04.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| CENTRUM MEDYCZNE VIS MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                |                                    |
| KRAKÓW, 31-930, Osiedle Centrum C 8   |                                    |
| 604094365   |                                    |
| 382468589   |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| CENTRUM MEDYCZNE VISMED   |                                    |
| KRAKÓW, 31-930, osiedle Centrum C 8   |                                    |
| 126421627   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |



|   |                                    |
|---|------------------------------------|
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| FORMED SPÓŁKA CYWILNA   |                                    |
| WADOWICE, 34-100, ul. Krasieńskiego 9A/1                            |                                    |
| 531434284   |                                    |
| 122937318   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| PUNKT SZCZEPIEŃ   |                                    |
| WADOWICE, 34-100, LWOWSKA 93  |                                    |
| 338233255   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| CENTRUM MEDYCZNE SIEPRAW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| SIEPRAW, 32-447, ul. Jana Pawła II 38                               |                                    |
| 12 274 61 22  |                                    |
| 123032192   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet Lekarza POZ   |                                    |
| SIEPRAW, 32-447, Jana Pawła II 38                                   |                                    |
| 122746122   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| PLUSZYŃSKA JOLANTA  |                                    |
| CHRZANÓW, 32-500, ul. Wileńska 3                                    |                                    |
| 604 266 050   |                                    |
| 273805462   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| PUNKT SZCZEPIEŃ   |                                    |
| JANKOWICE, 32-551, Jana Pawła II 16                                 |                                    |
| 508970221   |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| AMICUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                            |                                    |
| MASZKÓW, 32-095, ul. Prosta 19  |                                    |
| 12 388 41 38, 602 650 400   |                                    |
| 122640475   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień   |                                    |
| MASZKÓW, 32-095, Prosta 19  |                                    |
| 123884138   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| INSTYTUT MEDYCyny INNOWACYJNEJ SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| KRAKÓW, 30-653, ul. Walerego Sławka 3                                     |                                    |
| 12 254 61 20  |                                    |
| 123194925   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Centrum Medyczne Imicare  |                                    |
| KRAKÓW, 33-332, Zabłocie 25/4   |                                    |
| 123523150   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| SKOPIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                            |                                    |
| KRAKÓW, 31-357, ul. Josepha Conrada 79                                    |                                    |
| 12 446 46 10  |                                    |
| 122605823   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia lekarza POZ  |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| KRAKÓW, 31-357, Josepha Conrada 79                                   |                                    |
| 604792922  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| FAMILIA MEDICINA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ          |                                    |
| IWANOWICE WŁOŚCIAŃSKIE, 32-095, ul. ul. Jana Pawła II<br>23          |                                    |
| 604 503 149  |                                    |
| 123227990  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Familia Medicina Gabinet Lekarza POZ                                 |                                    |
| PRZYBYSŁAWICE, 32-046, 78  |                                    |
| +48535628912   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| IGAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                                    |
| KRAKÓW, 31-918, Osiedle Hutnicze 8/22                                |                                    |
| 32 728 06 06   |                                    |
| 123210819  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Centrum Medyczne IGAMED Punkt szczepień                              |                                    |
| CHRZANÓW, 32-500, Oświęcimska 3                                      |                                    |
| 608 277 988  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Renata Sieja Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej                   |                                    |
| UJANOWICE, 34-603, 31  |                                    |
| 18 3334012   |                                    |
| 361015619  |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej                               |                                    |
| UJANOWICE, 34-603, 31   |                                    |
| 183334012   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| CM PLUS MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ           |                                    |
| BRZESKO, 32-800, ul. św. Brata Alberta 6                            |                                    |
| 500 844 441   |                                    |
| 361510425   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Centrum Medyczne Plus Medica  |                                    |
| BRZESKO, 32-800, św. Brata Alberta 6                                |                                    |
| 500844441   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| PZU ZDROWIE SPÓŁKA AKCYJNA  |                                    |
| WARSZAWA, 02-673, ul. Konstruktorska 13                             |                                    |
| 225824541   |                                    |
| 143343166   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| PZU ZDROWIE CENTRUM MEDYCZNE  |                                    |
| TARNÓW, 33-100, Polskiego Czerwonego Krzyża 26                      |                                    |
| 504-742-221   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| "PRZYCHODNIA RODZINNA" SPÓŁKA JAWNA J.KUTA,<br>A.KORZEC, M.JASIŃSKI |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| SZCZUCIN, 33-230, ul. Jakuba Przyłuskiego 1  |                                    |
| 14 641 02 20, 721 353 441  |                                    |
| 361633671  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| "PRZYCHODNIA RODZINNA" SPÓŁKA JAWNA J.KUTA,<br>A.KORZEC, M.JASIŃSKI                      |                                    |
| SZCZUCIN, 33-230, Przyłuskiego 1   |                                    |
| 14 641 02 20   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MALIMED<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| SŁOMNIKI, 32-090, ul. Józefa Poniatowskiego 9  |                                    |
| 12 357 67 11   |                                    |
| 361748345  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MALIMED  |                                    |
| SŁOMNIKI, 32-090, Józefa Poniatowskiego 9  |                                    |
| 123576711  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ W GMINIE RABA WYŻNA             |                                    |
| RABA WYŻNA, 34-721, 64   |                                    |
| 18 26 71 013   |                                    |
| 363027472  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet zabiegowy  |                                    |
| RABA WYŻNA, 34-721, 64   |                                    |
| 182671013  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Ośrodek Zdrowia w Skawie  |                                    |
| SKAWA, 34-713, 9  |                                    |
| 182686022   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| MEDYCYNĄ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                     |                                    |
| KRAKÓW, 30-729, ul. Na Zakolu Wisły 12B/LU2                             |                                    |
| 608 059 176   |                                    |
| 362396776   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Przychodnia Bocheńska   |                                    |
| BOCHNIA, 32-700, Krakowska 27   |                                    |
| 146116363   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| CLINICARE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                                    |
| KRAKÓW, 31-436, ul. Henryka Wieniawskiego 66/34                         |                                    |
| 607261197   |                                    |
| 363551300   |                                    |
|   | <b>szczepienie</b>                 |
| Poradnia chorób wewnętrznych  |                                    |
| KRAKÓW, 31-436, Henryka Wieniawskiego 66/34                             |                                    |
| 607261197   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| "Spółka Gminna Pałecznicza" Spółka z ograniczoną<br>odpowiedzialnością  |                                    |
| PAŁECZNICA, 32-109, ul. św. Jakuba 11                                   |                                    |

|  |                    |
|--|--------------------|
| 691964034  |                    |
| 361070357  |                    |
|  | <b>szczepienie</b> |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum<br>Rehabilitacji i Releaksacji   |                    |
| PAŁEczNICA, 32-109, Małopolska 36  |                    |
| 413848542  |                    |
| 09.03.2021   |                    |
|  |                    |
|  | <b>szczepienie</b> |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "CENTRUM<br>MEDYCZNE WARMUZ" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                    |
| KALWARIA ZEBRZYDOWSKA, 34-130, ul. Marii<br>Konopnickiej 18  |                    |
| 604 594 142  |                    |
| 363306083  |                    |
|  | <b>szczepienie</b> |
| Poradnia Lekarza POZ   |                    |
| KALWARIA ZEBRZYDOWSKA, 34-130, Marii Konopnickiej<br>18  |                    |
| 604594142  |                    |
| 09.03.2021   |                    |
|  |                    |
|  | <b>szczepienie</b> |
| Centrum Medyczne Południe - Rafał Wyrozumski   |                    |
| CHRZANÓW, 32-500, ul. Jana Pęcowskiego 3   |                    |
| 791 841 010  |                    |
| 366011419  |                    |
|  | <b>szczepienie</b> |
| Przychodnia Rodzinna Południe  |                    |
| CHRZANÓW, 32-500, Jana Pęcowskiego 3   |                    |
| 791841010  |                    |
| 09.03.2021   |                    |
|  |                    |
|  | <b>szczepienie</b> |
| KAROLINA WERCHOWIECKA-PARDYGAŁ I TOMASZ<br>PARDYGAŁ SPÓŁKA JAWNA   |                    |
| KRAKÓW, 30-698, ul. Rymanowska 7   |                    |
| 123994960  |                    |
| 368801261  |                    |
|  | <b>szczepienie</b> |
| Punkt szczepień  |                    |

|  |                    |
|--|--------------------|
| KRAKÓW, 30-394, Skotnicka 230A                         |                    |
| 123994960  |                    |
| 09.03.2021   |                    |
|  |                    |
|  | <b>szczepienie</b> |
| FUNDACJA POD SKRZYDŁAMI                                |                    |
| KRAKÓW, 30-698, ul. Matematyków Krakowskich 122A       |                    |
| 126235979  |                    |
| 364399626  |                    |
|  | <b>szczepienie</b> |
| Poradnia Lekarza POZ                                   |                    |
| KRAKÓW, 30-418, Zakopiańska 97                         |                    |
| 126235979  |                    |
| 09.03.2021   |                    |
|  |                    |
|  | <b>szczepienie</b> |
| MATEUSZ GAŁUSZKA Ośrodek Zdrowia GAMED                 |                    |
| ROPA, 38-312, 680                                      |                    |
| +48 502 718 774  |                    |
| 241192978  |                    |
|  | <b>szczepienie</b> |
| Gabinet lekarza POZ                                    |                    |
| ROPA, 38-312, 680                                      |                    |
| +48502718774   |                    |
| 09.03.2021   |                    |
|  |                    |
|  | <b>szczepienie</b> |
| Gabinet lekarza POZ                                    |                    |
| UŚCIE GORLICKIE, 38-315, 155                           |                    |
| +48502718774   |                    |
| 09.03.2021   |                    |
|  |                    |
|  | <b>szczepienie</b> |
| ZDROWA HUTA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                    |
| KRAKÓW, 31-914, ul. Wacława Sieroszewskiego 3          |                    |
| 511456418  |                    |



|  |                                |
|--|--------------------------------|
| 380864631  |                                |
|  | <b>szczepienie</b>             |
| Zdrowa Huta  |                                |
| KRAKÓW, 31-914, Wacława Sieroszewskiego 3                          |                                |
| 604941697  |                                |
| 09.03.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie</b>             |
| STACJONARIUM SPOŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ            |                                |
| KATOWICE, 40-851, ul. Żelazna 1                                    |                                |
| 608763854  |                                |
| 383762894  |                                |
|  | <b>szczepienie</b>             |
| ODDZIAŁ KRAKÓW   |                                |
| KRAKÓW, 31-322, Józefa Mehoffera 10                                |                                |
| 325065086  |                                |
| 09.03.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie</b>             |
| MOJA PRZYJAZNA PORADNIA SPOŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |
| BRZESZCZE, 32-620, ul. Kościelna 21/8                              |                                |
| 502336426  |                                |
| 385398470  |                                |
|  | <b>szczepienie</b>             |
| punkt szczepień Moja Przyjazna Poradnia                            |                                |
| BRZESZCZE, 32-620, Nosala 7  |                                |
| 576141148  |                                |
| 09.03.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie</b>             |
| Punkt Szczepień Powszechnych - Moja Przyjazna Poradnia             |                                |
| BRZESZCZE, 32-620, Nosala 7  |                                |
| 515848652  |                                |
| 26.04.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu</b>   |
| Szpital Specjalistyczny im.J.Dietla w Krakowie                     |                                |
| ul. Skarbowa 4, 31-121 Kraków                                      |                                |
| tel. +48 12 68 76 200  |                                |
| 351564179  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Szpital Specjalistyczny im.J.Dietla w Krakowie                     |                                |

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| ul. Skarbowa 4, 31-121 Kraków  | <b>W</b>                       |
| tel. +48 609 992 670   |                                |
| 09.03.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Szpital Specjalistyczny im.J.Dietla w Krakowie   |                                |
| ul. Focha 33, 30-119 Kraków  |                                |
| 126876378  |                                |
| 29.03.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu</b>   |
| Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital im. dr. Józefa Dietla w Krynicy- Zdroju |                                |
| ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój  |                                |
| tel. +48 18 47 32 400  |                                |
| 000300587  |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital im. dr. Józefa Dietla w Krynicy- Zdroju |                                |
| ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój  | <b>W</b>                       |
| tel. +48 18 473 24 05  |                                |
| 09.03.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital im.dr. Józefa Dietla w Krynicy- Zdroju  |                                |
| ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój  |                                |
| 505668349  |                                |
| 09.03.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu</b>   |
| Szpital Powiatowy w Chrzanowie   |                                |
| ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów   |                                |
| tel. +48 18 47 32 400  |                                |
| 000310108  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Szpital Powiatowy w Chrzanowie   |                                |
| ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów   | <b>W</b>                       |
| tel. +48 793 837 751   |                                |

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| 09.03.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Szpital Powiatowy w Chrzanowie                      |                                |
| ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów                    |                                |
| 326247029   |                                |
| 26.03.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Punkt Szczepień Powszechnych - Punkt szczepień nr 2 |                                |
| CHRZANÓW,32-500, ul. Sokoła 24                      |                                |
| 326247029   |                                |
| 23.04.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu</b>   |
| Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach      |                                |
| Karmelicka 5, 34-100 Wadowice                       |                                |
| tel. +48 33 87 21 200, +48 33 87 21 280             |                                |
| 000306466   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach      |                                |
| Karmelicka 5, 34-100 Wadowice                       | <b>W</b>                       |
| +48 797 304 331                                     |                                |
| 09.03.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach   |                                |
| Karmelicka 5, 34-100 Wadowice  |                                |
| 510150401  |                                |
| 16.04.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Punkt Szczepień Powszechnych Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach                      |                                |
| Karmelicka 5, 34-100 Wadowice  |                                |
| 571324953  |                                |
| 26.04.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu</b>   |
| Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w |                                |
| ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków   |                                |
| tel. +48 12 662 31 50  |                                |
| 350995109  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w |                                |
| ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków   | <b>W</b>                       |
| tel. +48 784 624 416   |                                |
| 09.03.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu</b>   |
| Szpital Zakonu Bonifratrow sw. Jana Grandego w Krakowie sp. z o.o.                               |                                |
| ul. Trynitaraska 11, 31-061 Kraków   |                                |
| tel. +48 12 379 71 00  |                                |

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| 121065900   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Szpital Zakonu Bonifratrów Sw. Jana Grzegorzego w Krakowie sp. z o.o.   | <b>W</b>                       |
| ul. Trynitaraska 11, 31-061 Kraków  |                                |
| tel. +48 504 235 891  |                                |
| 09.03.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu</b>   |
| Nowy Szpital w Olkuszu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  |                                |
| Olkusze, 32-300, ul. 1000-lecia 13  |                                |
| + 48 41 240 1200  |                                |
| 320592435   |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Nowy Szpital w Olkuszu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  | <b>W</b>                       |
| Olkusze, 32-300, ul. 1000-lecia 13  |                                |
| tel. +48 792270230  |                                |
| 09.03.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Poradnia chorób zakaźnych   |                                |
| Olkusze, 32-300, ul. 1000-lecia 13  |                                |
| 412402411   |                                |
| 26.03.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Punkt Szczepień Powszechnych - Miejski Ośrodek Sportu i Rekreacji w Olkuszu - Nowy Szpital w Olkuszu Sp. z o.o. |                                |
| OLKUSZ, 32-300, ul. Wiejska 1A  |                                |
| 512143815   |                                |

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| 16.04.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu</b>   |
| Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny |                                |
| ul. Balzera 15, 34-500 zakopane                    |                                |
| tel. +48 788 221 113                               |                                |
| 000296377  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny |                                |
| ul. Balzera 15, 34-500 zakopane                    | <b>W</b>                       |
| tel. +48 788 221 113                               |                                |
| 09.03.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu</b>   |
| Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchoj Beskidzkiej      |                                |
| ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka           |                                |
| tel. +48 33 872 31 00                              |                                |
| 000304415  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchoj Beskidzkiej      |                                |
| ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka           | <b>W</b>                       |
| tel. +48 668312916                                 |                                |
| 09.03.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Punkt Szczepień Powszechnych - Hala Sportowa       |                                |
| SUCHA BESKIDZKA, 34-200, ul. Kościelna 5           |                                |
| 797120260  |                                |

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| 26.04.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu</b>   |
| Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w<br>Bochni "Szpital Powiatowy" im. Bł. Marty Wieckiej |                                |
| ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia  |                                |
| tel. +48 14 61 53 400   |                                |
| 000304349   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w<br>Bochni "Szpital Powiatowy" im. Bł. Marty Wieckiej | <b>W</b>                       |
| ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia  |                                |
| tel. +48 660 610 880  |                                |
| 09.03.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w<br>Bochni "Szpital Powiatowy" im. Bł. Marty Wieckiej |                                |
| ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia  |                                |
| 146153306   |                                |
| 26.03.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu</b>   |
| Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w<br>Myślenicach                                       |                                |
| Myślenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2  |                                |
| +48 12 272 10 85, +48 12 273 03 55  |                                |
| 000300570   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w<br>Myślenicach                                       | <b>W</b>                       |
| Myślenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2  |                                |
| tel. +48 603 852 893  |                                |
| 09.03.2021  |                                |
|   |                                |
|   | <b>szczepienie personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>"DĄBIEŃNIK" M. ST. JAWNA                                     |                                |
| Modniczka / 32-085 / os. Krakowskie Przedmieście 28   |                                |
| 12 28 54 415  |                                |
| 351600969   |                                |

|  |                         |
|--|-------------------------|
|  | szczepienie personelu * |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>"PASTERNIK" M. LITVE, SPÓŁKA JAWNA                                | P                       |
| Modniczka / 32-085 / os. Krakowskie Przedmieście 28  |                         |
| 12 28 54 415   |                         |
| 09.03.2021   |                         |
|  | szczepienie personelu   |
| FUNDACJA "ZDROWIE DLA BUDOWLANYCH"   |                         |
| Kraków / 31-915 / Osiedle Młodości 9   |                         |
| 126866812  |                         |
| 350107787  |                         |
|  | szczepienie personelu * |
| FUNDACJA "ZDROWIE DLA BUDOWLANYCH"   | P                       |
| Kraków / 31-915 / Osiedle Młodości 9   |                         |
| 126866812  |                         |
| 09.03.2021   |                         |
|  | szczepienie personelu   |
| ZGROMADZENIE SIÓSTR SŁUŻEBNICZEK NAJSWIĘTSZEJ<br>MARYI PANNY NIEPOKALANIE POCZĘTEJ, PROWINCJA              |                         |
| Kraków / 31-542 / ul. Kazimierza Kordylewskiego 12   |                         |
| 12 41 24 457   |                         |
| 006234874  |                         |
|  | szczepienie personelu * |
| ZGROMADZENIE SIÓSTR SŁUŻEBNICZEK NAJSWIĘTSZEJ<br>MARYI PANNY NIEPOKALANIE POCZĘTEJ, PROWINCJA<br>KRAKOWSKA | P                       |
| Kraków / 31-542 / ul. Kazimierza Kordylewskiego 12   |                         |
| 12 41 24 457   |                         |
| 09.03.2021   |                         |
|  | szczepienie personelu   |
| STOWARZYSZENIE PRZYJACIÓŁ DOMU POMOCY<br>SPOŁECZNEJ IM. L.A. HELCLÓW                                       |                         |
| Kraków / 31-148 / ul. Helclów 2  |                         |
| 12 63 44 255 wewn. 266   |                         |
| 351001134  |                         |
|  | szczepienie personelu * |
| STOWARZYSZENIE PRZYJACIÓŁ DOMU POMOCY<br>SPOŁECZNEJ IM. L.A. HELCLÓW                                       | P                       |
| Kraków / 31-148 / ul. Helclów 2  |                         |
| 12 63 44 255 wewn. 266   |                         |
| 09.03.2021   |                         |
|  | szczepienie personelu   |
| "POMORZANY" CHOCHOŁOWSKI I WSP. SPÓŁKA JAWNA   |                         |
| Olkusz / 32-300 / ul. Gwarków 4A   |                         |
| 322109137  |                         |



|   |                         |
|---|-------------------------|
| 120527770   |                         |
|   | szczepienie personelu * |
| "POMORZANY" CHOCHOŁOWSKI I WSP. SPÓŁKA JAWNA                            | P                       |
| Olkusz / 32-300 / ul. Gwarków 4A  |                         |
| 322109137   |                         |
| 09.03.2021  |                         |
|   |                         |
|   | szczepienie personelu   |
| ZAKON POSŁUGUJĄCYCH CHORYM OJCOWIE KAMILIANIE                           |                         |
| Tarnowskie Góry / 42-606 / ul. Bytomska 22                              |                         |
| 322857696   |                         |
| 040001646   |                         |
|   |                         |
|   | szczepienie personelu * |
| ZAKON POSŁUGUJĄCYCH CHORYM OJCOWIE KAMILIANIE                           | P                       |
| Tarnowskie Góry / 42-606 / ul. Bytomska 22                              |                         |
| 322857696   |                         |
| 09.03.2021  |                         |
|   |                         |
|   | szczepienie personelu   |
| POLSKI CZERWONY KRZYŻ   |                         |
| Warszawa / 00-561 / ul. Mokotowska 14                                   |                         |
| 22 326 12 86  |                         |
| 007023731   |                         |
|   |                         |
|   | szczepienie personelu * |
| POLSKI CZERWONY KRZYŻ   | P                       |
| Warszawa / 00-561 / ul. Mokotowska 14                                   |                         |
| 22 326 12 86  |                         |
| 09.03.2021  |                         |
|   |                         |
|   | szczepienie personelu   |
| UNIWERSYTECKI SZPITAL DZIECIĘCY W KRAKOWIE                              |                         |
| Kraków / 30-663 / ul. Wielicka 265                                      |                         |
| 6580656   |                         |
| 351375886   |                         |
|   |                         |
|   | szczepienie personelu * |
| UNIWERSYTECKI SZPITAL DZIECIĘCY W KRAKOWIE                              | P                       |
| Kraków / 30-663 / ul. Wielicka 265                                      |                         |
| 6580656   |                         |
| 09.03.2021  |                         |
|   |                         |
|   | szczepienie             |
| wojewódzki specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie |                         |
| Kraków / 31-503 / ul. Strzelecka 2                                      |                         |
| 12 619 86 00  |                         |

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| 000298583  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika w Krakowie  | <b>P</b>                       |
| Kraków / 31-503 / ul. Strzelecka 2   |                                |
| 12 619 86 00   |                                |
| 09.03.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu</b>   |
| <del>SZPITAL KLINICZNY IM. DR. JÓZEFA BABIŃSKIEGO</del>  |                                |
| <del>SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ</del>  |                                |
| Kraków / 30-393 / ul. dr. Józefa Babińskiego 29  |                                |
| (12)65-24-347  |                                |
| 000298554  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu *</b> |
| SZPITAL KLINICZNY IM. DR. JÓZEFA BABIŃSKIEGO<br>SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W KRAKOWIE                         | <b>P</b>                       |
| Kraków / 30-393 / ul. dr. Józefa Babińskiego 29  |                                |
| (12)65-24-347  |                                |
| 09.03.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie</b>             |
| <del>ŚLĄSKIE CENTRUM REHABILITACYJNO - UZDROWISKOWE</del>  |                                |
| <del>IM. DR. ADAMA SZEBESTY W RABCE - ZDROJU SPÓŁKA Z</del>  |                                |
| Rabka-Zdrój / 34-700 / ul. Dietla 5  |                                |
| 18 26 76 300   |                                |
| 000297951  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu *</b> |
| ŚLĄSKIE CENTRUM REHABILITACYJNO - UZDROWISKOWE<br>IM. DR. ADAMA SZEBESTY W RABCE - ZDROJU SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | <b>P</b>                       |
| Rabka-Zdrój / 34-700 / ul. Dietla 5  |                                |
| 18 26 76 300   |                                |
| 09.03.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu</b>   |
| <del>MIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ</del>  |                                |
| <del>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ</del>  |                                |
| Libiąż, 32-590, ul. 9 Maja 2   |                                |
| 32 62 71 421   |                                |
| 356344956  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu *</b> |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| Miejskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. Przychodnia nr 1                           |                                    |
| Libiąż, 32-590, ul. 9 Maja 2  |                                    |
| 32 750 13 15  |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie</b>                 |
| Miejskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. Przychodnia nr 2                           |                                    |
| Żarki, 32-593, ul.Struga 22   |                                    |
| 32 750 13 15  |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Izabella Barbara Barczyk Lekarz   |                                    |
| Wolbrom, 32-340, ul. Okrzei 14a   |                                    |
| 606483082   |                                    |
| 273719165   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Specjalistyczna Praktyka Lekarska-Chirurgia Izabella Barczyk                    |                                    |
| Wolbrom, 32-340, ul. Skalska Pawilon A  |                                    |
| 606483082   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W<br>NAWOJOWEJ                   |                                    |
| Nawojowa, 33-335, ul. Ogrodowa 12   |                                    |
| 18 44 57 013  |                                    |
| 492009110   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nawojowej<br>- Punkt Szczepień |                                    |
| Nawojowa, 33-335, ul. Ogrodowa 12   |                                    |
| 184457013   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED SPÓŁKA AKCYJNA   |                                    |
| WARSZAWA, 00-195, ul. Zygmunta Słomińskiego 19/524                                   |                                    |
| 222307007  |                                    |
| 140802685  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Oddział Kraków Wadowicka   |                                    |
| KRAKÓW, 30-347, Wadowicka 3A   |                                    |
| 224340909  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNĄ PRACY" SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| KRAKÓW, 31-586, ul. Centralna 51   |                                    |
| 12 6861664   |                                    |
| 350864614  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Zakład Opieki Zdrowotnej "Medycyna Pracy" Sp. z o.o.                                 |                                    |
| KRAKÓW, 31-586, Centralna 51   |                                    |
| 126861664  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| MEDICOVER SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                    |                                    |
| WARSZAWA, 00-807, al. Aleje Jerozolimskie 96   |                                    |
| 22 592 70 00   |                                    |
| 012396508  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| CM Kraków Bora Komorowskiego   |                                    |
| KRAKÓW, 31-476, Bora Komorowskiego 25B   |                                    |
| 500900500  |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| CM Kraków Podgórska Punkt Szczepień                  |                                    |
| KRAKÓW, 31-536, Podgórska 36                         |                                    |
| 500900500  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień Centrum Medicover                    |                                    |
| KRAKÓW, 31-358, ul. Jasnogórska 1                    |                                    |
| 500900500  |                                    |
| 22.04.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień Centrum Medicover                    |                                    |
| KRAKÓW, 30-015, ul. Świętokrzyska 14                 |                                    |
| 500900500  |                                    |
| 22.04.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| POLMED SPÓŁKA AKCYJNA                                |                                    |
| STAROGARD GDAŃSKI, 83-200, os. Mikołaja Kopernika 21 |                                    |
| 58 77 50 919   |                                    |
| 192110780  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| POLMED SPÓŁKA AKCYJNA                                |                                    |
| KRAKÓW, 31-503, LUBICZ 23a                           |                                    |
| 122984740  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| UNICARDIA SPECJALISTYCZNE CENTRUM LECZENIA CHOROÓB<br>SERCA I NACZYŃ & UNIMEDICA SPECJALISTYCZNE CENTRUM<br>MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| KRAKÓW, 31-271, ul. Kluczborska 15/U3  |                                    |
| 517575788  |                                    |
| 356768082  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| UNICARDIA UNIMEDICA Dygasińskiego 2D   |                                    |
| KRAKÓW, 30-820, Al. Adolfa Dygasińskiego 2d  |                                    |
| 606577344  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Robert Roman Weisberger  |                                    |
| WADOWICE, 34-100, ul. Sadowa 19A   |                                    |
| 604050413  |                                    |
| 708000680  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| GABINET LEKARSKI ROBERT WEISBERGER   |                                    |
| WADOWICE, 34-100, SADOWA 19A   |                                    |
| 604050413  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| SPEC-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                                    |
| KRAKÓW, 30-201, ul. Emaus 7/1  |                                    |
| 12 42 73 325   |                                    |
| 121052954  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| SPEC-MED   |                                    |
| KRAKÓW, 30-201, Emaus 7/1  |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 12 42 73 325  |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| CENTRUM MEDYCZNE MULTIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                                    |
| KRAKÓW, 31-111, al. Aleja Zygmunta Krasińskiego 9/24B   |                                    |
| 14 67 40 400  |                                    |
| 360616015   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| CENTRUM MEDYCZNE MULTIMED   |                                    |
| BRZESKO, 32-800, Os. Władysława Jagiełły 15   |                                    |
| 124640400   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NORTH MEDICAL HOLDING SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ NASZA GRUPA MEDYCZNA SPÓŁKA<br>KOMANDYTOWA |                                    |
| WROCŁAW, 50-456, ul. Dworcowa 11B   |                                    |
| 693424008   |                                    |
| 382992698   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień NASZ GABINET  |                                    |
| KRAKÓW, 31-231, Siewna 4/5  |                                    |
| 519775225   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| MEDCUBE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                                    |
| KRAKÓW, 30-409, ul. Ruczaj 15C  |                                    |
| 601 95 10 29  |                                    |
| 122834624   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| MEDCUBE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ    |                                    |
| KRAKÓW, 30-349, Miłkowskiego 9                     |                                    |
| 124313585  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| LEGION MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| ŚWIĄTNIKI GÓRNE, 32-040, ul. Krakowska 1A          |                                    |
| 12 30 71 877                                       |                                    |
| 363775547  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| LEGION MED   |                                    |
| ŚWIĄTNIKI GÓRNE, 32-040, Krakowska 1A              |                                    |
| 123071877  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| AST SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ        |                                    |
| KRAKÓW, 31-542, ul. Kazimierza Kordylewskiego 4    |                                    |
| 519316845  |                                    |
| 122628511  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Ambulatoria Acernis                                |                                    |
| KRAKÓW, 31-548, Aleja Pokoju 4                     |                                    |
| 124302208  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| RATMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                                    |
| KRAKÓW, 31-708, ul. Stefana Kisielewskiego 26      |                                    |
| 535-333-512  |                                    |
| 121294396  |                                    |



|  |                                    |
|--|------------------------------------|
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| punkt szczepień Zespół Transportu Medycznego RM1                                 |                                    |
| KRAKÓW, 30-334, Komandosów 18  |                                    |
| 535333512  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| KTMD SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ<br>SPÓŁKA KOMANDYTOWA               |                                    |
| KRAKÓW, 30-079, Aleja Kijowska 24/LU6  |                                    |
| 577 705 006  |                                    |
| 121148453  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia chorób wewnętrznych   |                                    |
| ZAGÓRZYCE DWORSKIE, 32-091, Kwitnąca 3   |                                    |
| 691058777  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| DELTA SPORT CLINIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                                    |
| KRAKÓW, 30-314, ul. Dworska 1B/LU1   |                                    |
| 123522525  |                                    |
| 360548070  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Szpital Dworska - Punkt Szczepień  |                                    |
| KRAKÓW, 30-314, Dworska 1B/LU1   |                                    |
| 123627252  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| IZABELA TARCZOŃ PRZYŁĄDEK ZDROWIA SPECJALISTYCZNE<br>PORADNIE MEDYCZNE           |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| KRAKÓW, 30-324, ul. Szwedzka 23/7                 |                                    |
| 508180797   |                                    |
| 120756825   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień                                   |                                    |
| KRAKÓW, 30-644, Henryka Kamieńskiego 47           |                                    |
| 570577000   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Solimed Jakub Loster                              |                                    |
| WIELICZKA, 32-020, os. Karola Szymanowskiego 6/LU |                                    |
| 516077076   |                                    |
| 120193397   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Centrum Szczepień i Medycyny Podróży Solimed      |                                    |
| WIELICZKA, 32-020, os. Szymanowskiego 6/LU        |                                    |
| 516077076   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| CFMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                                    |
| KRAKÓW, 30-820, al. Aleja Adolfa Dygasińskiego 2D |                                    |
| 519146247   |                                    |
| 385197234   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                   |                                    |
| KRAKÓW, 30-820, Aleja Adolfa Dygasińskiego 2D     |                                    |
| 519146247   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| MIŁOSZ WOŹNICZKO                                  |                                    |
| WOLBROM, 32-340, ul. Jesionowa 6                  |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 602608121   |                                    |
| 122511252   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Centrum Medyczne  |                                    |
| WOLBROM, 32-340, Krakowska 27   |                                    |
| 602608121   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| AGNES PALUCHA CENTRUM MEDYCZNE CEGIELNIANA  |                                    |
| KRAKÓW, 30-404, ul. Cegielniana 4A  |                                    |
| 12 295 08 09  |                                    |
| 120543325   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet Zabiegowy   |                                    |
| KRAKÓW, 30-404, Cegielniana 4A  |                                    |
| 122950809   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Specjalistyczne Centrum Diagnostyczno-Zabiegowe "Medicina 2000" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                    |
| KRAKÓW, 31-540, ul. Rzeźnicza 2   |                                    |
| 12 42 24 106  |                                    |
| 351005474   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| "Medicina 2000"   |                                    |
| KRAKÓW, 31-540, Rzeźnicza 2   |                                    |
| 12 42 24 106  |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| VM MEDIA SPÓŁKA Z O.O. - VM CARE SPÓŁKA<br>KOMANDYTOWA            |                                    |
| GDAŃSK, 80-180, ul. Świętokrzyska 73                              |                                    |
| 583209494   |                                    |
| 220333607   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej                            |                                    |
| KRAKÓW, 30-348, Bobrzyńskiego 37                                  |                                    |
| 122542244   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| PROGAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                  |                                    |
| KRAKÓW, 30-399, ul. Stanisława Działowskiego 1                    |                                    |
| 12 4467888  |                                    |
| 122894997   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet zabiegowy   |                                    |
| KRAKÓW, 30-399, Leona Petrażyckiego 99                            |                                    |
| 124467888   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| CARINTART SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                 |                                    |
| KRAKÓW, 31-514, Aleja płk. Władysława Beliny-<br>Prażmowskiego 60 |                                    |
| 126211520   |                                    |
| 122854294   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| punkt szczepień CARINTART SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| KRAKÓW, 31-514, Aleja płk. Władysława Beliny-<br>Prażmowskiego 60    |                                    |
| 787567077  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| SOLMEDICA MATEUSZ POTEMPA  |                                    |
| SKAWINA, 32-050, ul. ks. Jerzego Popiełuszki 17A                     |                                    |
| 694207141  |                                    |
| 385060311  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| PUNKT SZCZEPIEŃ SOLMEDICA GABINETY LEKARSKIE                         |                                    |
| SKAWINA, 32-050, Księdza Jerzego Popiełuszki 17A                     |                                    |
| +48694207141   |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| KRZYSZTOF KULKA  |                                    |
| MSZANA GÓRNA, 34-733, Mszana Górna 401                               |                                    |
| 18 331 52 02   |                                    |
| 491958240  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Ośrodek Zdrowia w Bystrej - Punkt Szczepień                          |                                    |
| Bystra Podhalańska, 34-235, Bystra Podhalańska 353a                  |                                    |
| 182681024  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Ośrodek Zdrowia w Mszanie Górnej - Punkt Szczepień                   |                                    |
| MSZANA GÓRNA, 34-733, Mszana Górna 491                               |                                    |
| 668645579  |                                    |
| 09.03.2021   |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| KRZYSZTOF KULKA   |                                    |
| MSZANA GÓRNA, 34-733, Mszana Górna 401                            |                                    |
| 18 331 52 02  |                                    |
| 491958240   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Ośrodek Zdrowia w Bystrej - Punkt Szczepień                       |                                    |
| Bystra Podhalańska, 34-235, Bystra Podhalańska 353a               |                                    |
| 182681024   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| CARINTART SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                 |                                    |
| KRAKÓW, 31-514, Aleja płk. Władysława Beliny-<br>Prażmowskiego 60 |                                    |
| 126211520   |                                    |
| 122854294   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Ośrodek Zdrowia w Zabierzowie                                     |                                    |
| ZABIERZÓW, 32-080, ul. Śląska 236                                 |                                    |
| 182681024   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Budynek Gminny - Punkt Szczepień                                  |                                    |
| BOLECHOWICE, 32-082, ul. Ogrodowa 5                               |                                    |
| 797275939   |                                    |
| 26.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| QUATTRO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                   |                                    |
| BOCHNIA, 32-700, ul. Kazimierza Wielkiego 22                      |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 605664115   |                                    |
| 361275770   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Quattro - Med. Punkt szczepień                                  |                                    |
| BOCHNIA, 32-700, ul. Kazimierza Wielkiego 22                    |                                    |
| 506591162   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| MOBILNY PUNKT SZCZEPIEŃ Quattro-med Wieś Niepołomice            |                                    |
| BOCHNIA, 32-700, ul. Kazimierza Wielkiego 22                    |                                    |
| 506591162   |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| CENTRUM MEDYCZNE SKAŁKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                    |
| Bukowno / 32-332 / ul. Kolejowa 28                              |                                    |
| 32 611 56 30  |                                    |
| 122885975   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| CENTRUM MEDYCZNE SKAŁKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                    |
| Bukowno / 32-332 / ul. Kolejowa 28                              |                                    |
| 32 611 56 30  | <b>P</b>                           |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Serdeczna Troska spółka z ograniczoną odpowiedzialnością        |                                    |
| Kraków / 31-989 / ul. Rzepakowa 5a                              |                                    |
| 12 64 08 080  |                                    |
| 356119834   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Serdeczna Troska spółka z ograniczoną odpowiedzialnością        |                                    |
| Kraków / 31-989 / ul. Rzepakowa 5a                              | <b>P</b>                           |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 12 64 08 080  |                                    |
| 09.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Monika Skotarska  |                                    |
| Ostrów / 33-122 / Ostrów 137                                  |                                    |
| 14 67 52 041  |                                    |
| 852751749   |                                    |
|   | <b>szczepienie</b>                 |
| Przychodnia Rodzinna Skomed                                   |                                    |
| Ostrów / 33-122 / Ostrów 137                                  |                                    |
| 146752041   |                                    |
| 26.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| PRZYCHODNIA ZDROWIA W GROJCU ALEKSANDER KĘPA<br>SPÓŁKA JAWNA  |                                    |
| Grojec / 32-615 / ul. Bartłomieja Chowańca 4                  |                                    |
| 531434284   |                                    |
| 367979531   |                                    |
|   | <b>szczepienie</b>                 |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA Z<br>SERCEM |                                    |
| Grojec / 32-615 / ul. Bartłomieja Chowańca 4                  |                                    |
| 531434284   |                                    |
| 26.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Halina Łubik-Bachniak   |                                    |
| Bulowice / 32-652 / ul. Różana 46                             |                                    |
| 605403758   |                                    |
| 070445957   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| NZOZ Praktyka Lekarza   |                                    |
| Bulowice / 32-652 / ul. Różana 46                             |                                    |
| 605403758   |                                    |
| 26.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Publiczny Samodzielny Ośrodek Zdrowia w Radłowie              |                                    |



|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| Radłów / 33-130 / ul. Brzeska 9                                   |                                    |
| 146782005   |                                    |
| 851878650   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Publiczny Samodzielny Ośrodek Zdrowia w Radłowie                  |                                    |
| Radłów / 33-130 / ul. Brzeska 9                                   |                                    |
| 146782005   |                                    |
| 26.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Antoni Hudzik   |                                    |
| Kraków / 31-311 / ul. Murarska 24                                 |                                    |
| 506129126   |                                    |
| 351517317   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| NZOZ Gabinet Lekarza Rodzinnego lek. Med. Antoni Hudzik           |                                    |
| Węgrzce / 32-086 / A10  |                                    |
| 122859457   |                                    |
| 26.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ W BOCHNI |                                    |
| Bochnia / 32-700 / ul. Kazimierza Wielkiego 26                    |                                    |
| 14 61 15 630  |                                    |
| 850446373   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gminny Ośrodek Zdrowia w Łapczycy                                 |                                    |
| Łapczyca / 32-744 / Łapczyca 496                                  |                                    |
| 735015450   |                                    |
| 26.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Gorczański Ośrodek Medyczny GOR-MED Kaim Spółka Jawna             |                                    |
| Słopnice / 34-615 / Słopnice 1055                                 |                                    |
| 183326415   |                                    |
| 122706777   |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gorczański Ośrodek Medyczny GOR-MED  |                                    |
| Kamienica / 34-608 / Kamienica 403   |                                    |
| 183323400  |                                    |
| 26.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SERCE SERCU"<br>S.C.KATARZYNA SŁONCZYŃSKA, LESZEK GRZYMKOWSKI |                                    |
| Lednica Górna / 32-020 / Lednica Górna 336   |                                    |
| 501362834  |                                    |
| 120148681  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| NZOZ SERCE SERCU w Mogilanach  |                                    |
| Mogilany / 32-031 / Rynek 4  |                                    |
| 122700625  |                                    |
| 26.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| NZOZ SERCE SERCU Filia nr 4  |                                    |
| Wieliczka / 32-020 / ul. Leśna 1A  |                                    |
| 123858040  |                                    |
| 26.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Centrum Medyczne Vadimed Spółka z ograniczoną<br>odpowiedzialnością                                  |                                    |
| Kraków / 31-457 / ul. Fiołkowa 6   |                                    |
| 122903139  |                                    |
| 357409592  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Centrum Medyczne Vadimed   |                                    |
| Kraków / 31-457 / ul. Fiołkowa 6   |                                    |
| 122903139  |                                    |
| 26.03.2021   |                                    |
|  |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Samodzielny Gminny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej<br>w Czarnym Dunajcu |                                    |
| Czarny Dunajec / 34-470 / Kamieniec Dolny 55                                 |                                    |
| 18 26 57 370   |                                    |
| 491984697  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień  |                                    |
| Czarny Dunajec / 34-470 / Kamieniec Dolny 55                                 |                                    |
| 182657475  |                                    |
| 26.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt szczepień  |                                    |
| Ciche / 34-407 / Ratułów 1c  |                                    |
| 182658132  |                                    |
| 26.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Laskowej                    |                                    |
| Laskowa / 34-602 / Laskowa 428   |                                    |
| 18 33 33 009   |                                    |
| 491991036  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Laskowej                    |                                    |
| Laskowa / 34-602 / Laskowa 428   |                                    |
| 183333009, 183378800   |                                    |
| 26.03.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Centermed Kraków Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                     |                                    |
| Kraków / 31-530 / ul. Św. Łazarza 14   |                                    |
| 123708200  |                                    |
| 121190290  |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Centermed Kraków Sp. z o.o.                                 |                                    |
| Kraków / 31-530 / ul. Św. Łazarza 14                        |                                    |
| 123708200   |                                    |
| 26.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Prosper Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością             |                                    |
| Kraków / 31-036 / ul. Halicka 10                            |                                    |
| 122627878   |                                    |
| 122671731   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                             |                                    |
| Niepołomice / 32-005 / ul. Tadeusza Kościuszki 28a          |                                    |
| 122500787   |                                    |
| 26.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Vaxmed Stelmaszek Paweł, Jakub Grabski spółka cywilna       |                                    |
| Warszawa / 02-993 / ul. Bruzdowa 100F/10                    |                                    |
| 794365248   |                                    |
| 388216140   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Vaxmed Punkt szczepień - Przychodnia Skymedic               |                                    |
| Kraków / 31-875 / os. Dywizjonu 303 62b                     |                                    |
| 881221433   |                                    |
| 29.03.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Michał Matura Niepołomickie Centrum Profilaktyczno-Lecnicze |                                    |
| Niepołomice / 32-005 / ul. Stefana Batorego 41C             |                                    |
| 721621521   |                                    |
| 356878356   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| NCPL, filia Batorego 57A                                    |                                    |
| Niepołomice / 32-005 / ul. Stefana Batorego 57A             |                                    |
| 724824924   |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 16.04.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Leokadia Osuch   |                                    |
| KRAKÓW, 31-146, ul. Długa 38/219                                       |                                    |
| 606530181  |                                    |
| 356740385  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| NZOZ Derm Centrum  |                                    |
| KRAKÓW, 31-146, ul. Długa 38/218                                       |                                    |
| 122920606  |                                    |
| 16.04.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| NZOZ Derm Centrum BIS  |                                    |
| OLKUSZ, 32-300, ul. Skwer 6  |                                    |
| 326450051  |                                    |
| 16.04.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| TWOJE ZDROWIE SPÓŁKA AKCYJNA   |                                    |
| KATOWICE, 40-507, ul. Francuska 98A/42                                 |                                    |
| 516125528  |                                    |
| 362471638  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| TWOJE ZDROWIE SA   |                                    |
| NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Żółkiewskiego 13                                |                                    |
| 574498666  |                                    |
| 16.04.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| CENTRUM MEDYCZNE MASZACHABA Spółka z ograniczoną<br>odpowiedzialnością |                                    |
| KRAKÓW, 31-202, ul. Prądnicka 50A                                      |                                    |
| 126237069  |                                    |
| 356819394  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| CENTRUM MEDYCZNE MASZACHABA   |                                    |
| KRAKÓW, 31-202, ul. Prądnicka 50A   |                                    |
| 126237069   |                                    |
| 16.04.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Bogdan Krzykwa  |                                    |
| NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Tłoki 9A   |                                    |
| 501348814   |                                    |
| 120672011   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej HIPOKRATES gabinet<br>zabiegowy POZ |                                    |
| OCHOTNICA DOLNA, 34-452, Hologówka 180A                                   |                                    |
| 185428678   |                                    |
| 16.04.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| PRZYCHODNIA MEDYCYNĄ POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ OD                       |                                    |
| KRAKÓW, 31-530, ul. Św. Łazarza 14  |                                    |
| 517734137   |                                    |
| 351496408   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Filia numer 1 Przychodnia Medycyna Polska Sp. z o.o.                      |                                    |
| KRAKÓW, 31-589, ul. Sołtysowska 35A                                       |                                    |
| 123120705   |                                    |
| 16.04.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| PPUH HABA-MED HANNA BROMBOSZCZ-ŚLUSARCZYK, WOJCIEC                        |                                    |
| TRZEBINIA, 32-540, ul. Wiśniowa 14  |                                    |
| 322109445   |                                    |
| 356392671   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| CENTRUM ZDROWIA HABA-MED.   |                                    |
| TRZEBINIA, 32-540, ul. Wiśniowa 14  |                                    |
| 322109445   |                                    |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 16.04.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe<br>Niepełnosprawnych oraz Niezależnych w Krakowie                                   |                                    |
| KRAKÓW, 30-663, ul. Wielicka 267   |                                    |
| 539974001  |                                    |
| 351239953  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień Powszechnych - Miejskie Centrum Opieki dla<br>Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz<br>Niezależnych w Krakowie |                                    |
| KRAKÓW, 30-663, ul. Wielicka 267   |                                    |
| 124467500  |                                    |
| 21.04.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień Powszechnych - Miejskie Centrum Opieki dla<br>Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz<br>Niezależnych w Krakowie |                                    |
| KRAKÓW, 30-084, ul. Podchorążych 3   |                                    |
|  |                                    |
| 21.04.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień Powszechnych - Tauron Arena Kraków   |                                    |
| KRAKÓW, 30-571, ul. Stanisława Lema 7  |                                    |
|  |                                    |
| 21.04.2021   |                                    |
|  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej Adrian Karasiewicz  |                                    |
| PROSZOWICE, 32-100, ul. Parkowa 10   |                                    |
| 608583552  |                                    |
| 120949895  |                                    |
|  | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień Powszechnych - Ośrodek Rehabilitacji<br>Leczniczej Adrian Karasiewicz  |                                    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| PROSZOWICE, 32-100, ul. Parkowa 10                      |                                    |
| 889468258   |                                    |
| 22.04.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Krzysztof Ślusarczyk Liberandum Ratownictwo Medyczne    |                                    |
| KRAKÓW, 30-698, ul. Merkuriusza Polskiego 35            |                                    |
| 500488338   |                                    |
| 362480815   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień Powszechnych - WIELICZKA SOLNE MIASTO   |                                    |
| WIELICZKA, 32-020, ul. Kościuszki 15                    |                                    |
| 514784509   |                                    |
| 22.04.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| Mateusz Sobczak FIRMA USŁUGOWO - HANDLOWA<br>"DIAGNOZA" |                                    |
| JAWORZNO, 43-600, ul. Diamentowa 8/22                   |                                    |
| 531166475   |                                    |
| 241840124   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień Powszechnych - Hala sportowa            |                                    |
| MYŚLENICE, 32-400, ul. Zdrojowa 9                       |                                    |
| 124446750   |                                    |
| 23.04.2021  |                                    |
|   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   |
| NEUROCENTRUM MERTA SPÓŁKA JAWNA                         |                                    |
| JAROSZOWICE, 34-100, Jaroszowice 7                      |                                    |
| 338235656   |                                    |
| 123004994   |                                    |
|   | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |
| Punkt Szczepień Powszechnych - Dom Kultury              |                                    |
| WADOWICE, 34-100, ul. Teatralna 1                       |                                    |
| 573154928   |                                    |
| 26.04.2021  |                                    |



|  |                                |
|--|--------------------------------|
|  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu</b>   |
| BIAŁY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚĆ          |                                |
| STARA WIEŚ, 34-600, Stara Wieś 668                   |                                |
| 694046042  |                                |
| 123143891  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Punkt Szczepień Powszechnych - LIMANOWSKI DOM        |                                |
| LIMANOWA, 34-600, ul. Bronisława Czecha 4            |                                |
| 790203105  |                                |
| 26.04.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu</b>   |
| Ewa Olchówka   |                                |
| OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Bolesława Chrobrego 8/2        |                                |
| 501321608  |                                |
| 120151134  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu *</b> |
| ATMA RESCUERS Były dworzec PKS                       |                                |
| OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Chemików 1                     |                                |
| 572350741  |                                |
| 27.04.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu</b>   |
| GENESMANAGER SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |
| KRAKÓW, 31-038, ul. Starowiślna 23/8A                |                                |
| 573126589  |                                |
| 385200462  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu *</b> |
| Centrum Medyczne Skymedic                            |                                |
| KRAKÓW, 31-875, os. Dywizjonu 303 62B                |                                |
| 530520840  |                                |
| 27.04.2021   |                                |
|  |                                |
|  | <b>szczepienie personelu</b>   |

OŚRODEK MEDYCZNY "OSTEOMED" S.C. MIROŚŁAW  
SZLACHCIC, EWA SZLACHCIC

KRAKÓW, 30-074, ul. Kazimierza Wielkiego 57/IV

609181778

350805497

**szczepienie  
personelu \***

Ośrodek Medyczny Osteomed s.c. Mirosław Szlachcic,  
Ewa Szlachcic

KRAKÓW, 30-074, ul. Kazimierza Wielkiego 57/IV

605881068

27.04.2021

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**5**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**5**

**szczepienie populacyjne**

|                                    |
|------------------------------------|
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
|                                    |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
|                                    |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
|                                    |

|                                    |
|------------------------------------|
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>2</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                             |
|-----------------------------|
|                             |
| liczba zespołów (w miejscu) |
|                             |
|                             |
|                             |
| liczba zespołów (w miejscu) |
| 1                           |
|                             |
|                             |
| liczba zespołów (w miejscu) |
| 1                           |
|                             |
|                             |
| liczba zespołów (w miejscu) |
| 1                           |
|                             |
|                             |
| liczba zespołów (w miejscu) |
| 1                           |
|                             |
|                             |
| liczba zespołów (w miejscu) |
| 1                           |
|                             |



|                                    |
|------------------------------------|
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>2</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |

|                                    |
|------------------------------------|
|                                    |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

|                                    |
|------------------------------------|
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

**szczepienie populacyjne**

liczba zespołów (w miejscu)

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

**szczepienie populacyjne**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

**szczepienie populacyjne**

liczba zespołów (w miejscu)



**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**4**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

liczba zespołów (w miejscu)

1

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

2

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

1

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

1

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**4**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

|                                    |
|------------------------------------|
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |



|                                |
|--------------------------------|
|                                |
|                                |
|                                |
| <b>szczepienie populacyjne</b> |

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |

|                                |
|--------------------------------|
| <b>szczepienie populacyjne</b> |
|                                |
|                                |
|                                |

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |

|                                |
|--------------------------------|
| <b>szczepienie populacyjne</b> |
|                                |
|                                |
|                                |

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**3**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**2**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**4**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**



|                                |
|--------------------------------|
|                                |
|                                |
|                                |
| <b>szczepienie populacyjne</b> |

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |

|                                |
|--------------------------------|
| <b>szczepienie populacyjne</b> |
|--------------------------------|

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |

|                                    |
|------------------------------------|
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

|                                    |
|------------------------------------|
|                                    |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |

|                                    |
|------------------------------------|
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**2**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**



**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

|                                    |
|------------------------------------|
|                                    |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>8</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**2**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

|                                    |
|------------------------------------|
|                                    |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |

liczba zespołów (w miejscu)

**2**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

|                                |
|--------------------------------|
|                                |
|                                |
|                                |
| <b>szczepienie populacyjne</b> |

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |

|                                |
|--------------------------------|
| <b>szczepienie populacyjne</b> |
|--------------------------------|

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |

|                                |
|--------------------------------|
| <b>szczepienie populacyjne</b> |
|--------------------------------|

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |



|                                    |
|------------------------------------|
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**3**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

szczenie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczenie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczenie populacyjne

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**



**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**



liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

|                                |
|--------------------------------|
|                                |
|                                |
|                                |
| <b>szczepienie populacyjne</b> |

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |

|                                |
|--------------------------------|
| <b>szczepienie populacyjne</b> |
|--------------------------------|

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**4**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**3**



|                                    |
|------------------------------------|
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>4</b>                           |
|                                    |
|                                    |

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

|                                    |
|------------------------------------|
|                                    |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>2</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |

|                                    |
|------------------------------------|
|                                    |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>6</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**5**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

|                                |
|--------------------------------|
|                                |
|                                |
|                                |
| <b>szczepienie populacyjne</b> |

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |

|                                |
|--------------------------------|
| <b>szczepienie populacyjne</b> |
|                                |
|                                |

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |



liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

|                                    |
|------------------------------------|
|                                    |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |

|                                    |
|------------------------------------|
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**



**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**3**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**11**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

|                                    |
|------------------------------------|
|                                    |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>3</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>3</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |



**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

szczenie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczenie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczenie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne



liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**3**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**



**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**4**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
|                                    |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>2</b>                           |
|                                    |

liczba zespołów (w miejscu)

4

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

1

liczba zespołów (w miejscu)

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

1

|                                    |
|------------------------------------|
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

szczenie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczenie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczenie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**



**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

|                                    |
|------------------------------------|
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
|                                    |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

**3**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

|                             |
|-----------------------------|
| liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>1</b>                    |
|                             |
|                             |
| liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>1</b>                    |
|                             |
|                             |
| liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>1</b>                    |
|                             |
|                             |
| liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>1</b>                    |
|                             |
|                             |
| liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>1</b>                    |

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**



liczba zespołów (w miejscu)

**2**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**3**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

|                                |
|--------------------------------|
|                                |
|                                |
|                                |
| <b>szczepienie populacyjne</b> |

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |

|  |
|--|
|  |
|  |

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |

|  |
|--|
|  |
|  |

|                                |
|--------------------------------|
| <b>szczepienie populacyjne</b> |
|--------------------------------|

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |

|  |
|--|
|  |
|  |

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**



liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**4**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**2**

szczenie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczenie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczenie populacyjne

**liczba zespołów (w miejscu)**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**



**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

|                                    |
|------------------------------------|
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>2</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |

szczenie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczenie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczenie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

|                                |
|--------------------------------|
|                                |
|                                |
|                                |
| <b>szczepienie populacyjne</b> |

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                |
|--------------------------------|
| <b>1</b>                       |
|                                |
|                                |
| <b>szczepienie populacyjne</b> |



**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**3**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

|                                    |
|------------------------------------|
|                                    |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
|                                    |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
|                                    |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
|                                    |

|                                    |
|------------------------------------|
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>2</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

**3**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**4**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**6**

|                                    |
|------------------------------------|
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
|                                    |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
|                                    |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
|                                    |
| <b>5</b>                           |

|                                    |
|------------------------------------|
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
|                                    |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
|                                    |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |

**liczba zespołów (w miejscu)**

|  |
|--|
|  |
|  |

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

|  |
|--|
|  |
|  |

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

|  |
|--|
|  |
|  |

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

|  |
|--|
|  |
|  |

**szczepienie populacyjne**



**liczba zespołów (w miejscu)**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

|                                    |
|------------------------------------|
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

szczenie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczenie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczenie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**2**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne



liczba zespołów (w miejscu)

1

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

1

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

3

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**2**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**2**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

\* W - szpital węzłowy.

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

|                                    |
|------------------------------------|
|                                    |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>2</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |



liczba zespołów (w miejscu)

**2**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**3**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

szczepienie populacyjne

liczba zespołów (w miejscu)

**1**

|                                    |
|------------------------------------|
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>2</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>2</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>1</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

**2**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**4**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

|                                    |
|------------------------------------|
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>7</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>7</b>                           |
|                                    |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>10</b>                          |
|                                    |
|                                    |
| <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|                                    |
| <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| <b>2</b>                           |

3

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**8**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**5**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**2**



**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**3**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**1**

**szczepienie populacyjne**

**liczba zespołów (w miejscu)**

**5**

**szczepienie populacyjne**

|                             |
|-----------------------------|
|                             |
| liczba zespołów (w miejscu) |
| 4                           |
|                             |
|                             |





























































































































































































































































































































































































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

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

**COVID-19**

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

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

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

**Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciwko COVID-19 w punktach szczepień**

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1</b>                          |   |
|--|---|
| <b>Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19</b> | Zaszczepienie osób z przewlekłą niewydolnością nerek                |
| nazwa:   | DIAPERUM 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   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                      |   |
| nazwa:   | STACJA DIALIZ   |
| 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  |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2</b>                          |   |
| <b>Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19</b> | Zaszczepienie osób z przewlekłą niewydolnością nerek                |
| 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   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                      |   |
| nazwa:   | STACJA DIALIZ   |
| 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  |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                      |   |
| nazwa:   | STACJA DIALIZ   |
| 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                         |                                       |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                       |
| nazwa:  | STACJA DIALIZ                         |
| 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                         |                                       |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |                                       |
| nazwa:  | STACJA DIALIZ                         |
| 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                         |                                       |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>             |                                       |
| nazwa:  | STACJA DIALIZ                         |
| 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                         |                                       |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>             |                                       |
| nazwa:  | STACJA DIALIZ                         |
| 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                         |                                       |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>             |                                       |
| nazwa:  | STACJA DIALIZ                         |
| 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                         |                                       |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>             |                                       |
| nazwa:  | STACJA DIALIZ                         |
| 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                         |                                       |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 9</b>             |                                       |
| nazwa:  | STACJA DIALIZ                         |
| 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  |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3</b>                          |   |
| <b>Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19</b> | Zaszczepienie osób z przewlekłą niewydolnością        |
| 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   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                      |   |
| nazwa:   | STACJA DIALIZ BRZESKO                                 |
| 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  |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                      |   |
| nazwa:   | STACJA DIALIZ ZAKOPANE                                |
| 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  |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                                      |   |
| nazwa:   | STACJA DIALIZ WADOWICE                                |
| 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  |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>                                      |   |
| nazwa:   | STACJA DIALIZ OLKUSZ                                  |
| 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  |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</b>                          |   |
| <b>Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19</b> | Zaszczepienie osób z chorobami chronicznymi           |
| nazwa:   | NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARIII SKŁODSKO-CURIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                          | Warszawa, 02-781, ul. Wihelma Konrada Roentgena 15    |
| telefon/ telefony:   | 225462214   |

|  |  |
|--|--|
| identyfikator REGON  | 000288366  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                      |  |
| nazwa:   | NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - PAŃSTWOWY INSTYTUT BADAWCZY |
| 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  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5</b>                          |  |
| <b>Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19</b> | Zaszczepienie służb mundu  |
| 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  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                      |  |
| nazwa:   | Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej  |
| 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  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6</b>                          |  |
| <b>Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19</b> | Zaszczepienie służb mundu  |
| 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  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                      |  |
| nazwa:   | Służba Zdrowia Karpackiego Oddziału SG w Nowym Sączu                                   |
| 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  |  |

**COVID-19 - tymczasowe**

|  |
|--|
|  |
|--|

ością nerek w stacji dializ

POWIEDZIALNOŚCIĄ

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |
|--|
|  |
|--|

**liczba zespołów**

1

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |
|--|
|  |
|--|

ością nerek w stacji dializ

ANICZONĄ

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |
|--|
|  |
|--|

**liczba zespołów**

1

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |
|--|
|  |
|--|

**liczba zespołów**

1

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |
|--|
|  |
|--|



|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

ością nerek w stacji dializ

LNOŚCIĄ

|                        |
|------------------------|
| <b>liczba zespołów</b> |
| 1                      |
|                        |
|                        |

|                        |
|------------------------|
| <b>liczba zespołów</b> |
| 1                      |
|                        |
|                        |

|                        |
|------------------------|
| <b>liczba zespołów</b> |
| 1                      |
|                        |
|                        |

|                        |
|------------------------|
| <b>liczba zespołów</b> |
| 1                      |
|                        |
|                        |

|                   |
|-------------------|
|                   |
| onkologicznymi    |
| ODOWSKIEJ-CURIE - |
| na 5              |
|                   |

|                        |
|------------------------|
|                        |
| <b>liczba zespołów</b> |
| 1                      |
|                        |
|                        |

|         |
|---------|
|         |
|         |
| urowych |
|         |
|         |
|         |

|                        |
|------------------------|
| <b>liczba zespołów</b> |
| 1                      |
|                        |
|                        |

|         |
|---------|
|         |
|         |
| urowych |
|         |
|         |
|         |

|                        |
|------------------------|
| <b>liczba zespołów</b> |
| 1                      |
|                        |
|                        |
|                        |

|  |
|--|
|  |
|--|

**Wykaz podmiotów udzielających świadczeń o  
przeciwdziałanie**

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą**

Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK w zakresie hemodializoterapia

Data dodania do wykazu

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

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu



**dializoterapii ambulatoryjnej w związku z  
em COVID-19**

| <b>rodzaj i zakres realizowanych świadczeń</b>                        |
|---|
| <b>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń</b> |
| X   |
| 09.03.2021  |
|   |
| X   |
| 09.03.2021  |
|   |

**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

|   |
|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony:                                |
| identyfikator REGON                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony:                                |
| identyfikator REGON                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony:                                |
| identyfikator REGON                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |
| nazwa:  |

|   |
|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony:                                |
| identyfikator REGON                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony:                                |
| identyfikator REGON                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony:                                |
| identyfikator REGON                               |

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 2**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 3**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 4**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Miejsce udzielania świadczeń 5**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

|   |
|---|
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony:                                |
| identyfikator REGON                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony:                                |
| identyfikator REGON                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony                                 |
| Data dodania do wykazu                            |
| Data wykreślenia z wykazu                         |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9</b> |
| nazwa:  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |
| telefon/ telefony:                                |
| identyfikator REGON                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |
| nazwa:  |

|  |
|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |

### Miejsce udzielania świadczeń 1

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

### Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

### Miejsce udzielania świadczeń 1

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

### Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

### Miejsce udzielania świadczeń 1

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu



### **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

#### **Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

### **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

#### **Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

### **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

#### **Miejsce udzielania świadczeń 1**

|  |
|--|
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18</b> |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony:                                 |
| identyfikator REGON                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |
| nazwa:   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |
| telefon/ telefony                                  |
| Data dodania do wykazu                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |

### **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

#### **Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

### **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

#### **Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

### **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony:

identyfikator REGON

**Miejsce udzielania świadczeń 1**

nazwa:

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu

telefon/ telefony

Data dodania do wykazu

Data wykreślenia z wykazu

**zają realizujących rehabilitację stacjonarną świadczeniobiorcy po |**

[Yellowed area]

Śląskie Centrum Rehabilitacyjno - Uzdrawiskowe im. dr Adama Szebesty w Rabce-Zdroju Sp. z o. o.

Rabka-Zdrój, 34-700, ul. Dietla 5

+48 18 267 63 00

000297951

[Yellowed area]

Śląskie Centrum Rehabilitacyjno - Uzdrawiskowe im. dr Adama Szebesty w Rabce-Zdroju Sp. z o. o.

Rabka-Zdrój, 34-700, ul. Dietla 5

+48 18 267 63 00

20.04.2021

[Yellowed area]

Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im.dr S. Jasińskiego w Zakopanem

Zakopane, 34-500, ul. Ciągłówka 9

+48 18 206 80 66

000295449

[Yellowed area]

Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im.dr S. Jasińskiego w Zakopanem

Zakopane, 34-500, ul. Ciągłówka 9

+48 18 206 80 66

20.04.2021

[Yellowed area]

Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym w Stróżach

Stróże, 33-331, Stróże 413

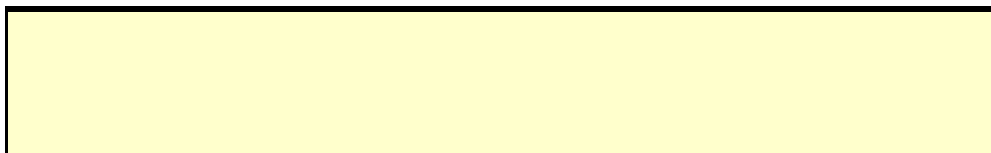
+48 18 445 43 41

491860140

[Yellowed area]

Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym w Stróżach

|   |
|---|
| Stróże, 33-331, Stróże 735  |
| +48 18 445 43 41  |
| 20.04.2021  |
|   |
|   |
| Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Franczuka |
| Kraków,, 30-224, al. Modrzewiowa 22   |
| +48 12 428 73 04  |
| 351194736   |
|   |
| Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Franczuka |
| Kraków,, 30-224, al. Modrzewiowa 22   |
| +48 12 428 73 04  |
| 20.04.2021  |
|   |
|   |
| Szpital Powiatowy w Chrzanowie  |
| Chrzanów, 32-500, ul. Topolowa 16,  |
| +48 32 624 70 00  |
| 000310108   |
|   |
| Szpital Powiatowy w Chrzanowie  |
| Chrzanów, 32-500, ul. Topolowa 16,  |
| +48 32 624 70 00  |
| 20.04.2021  |
|   |
|   |
| "Uzdrowisko Rabka" Spółka Akcyjna   |
| Rabka-Zdrój, 34-700 , ul. Orkana 49,  |
| +48 18 267 60 20  |
| 491971074   |

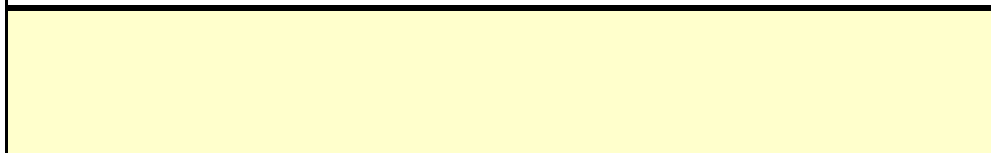
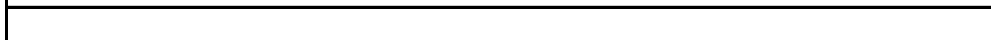


"Uzdrowisko Rabka" Spółka Akcyjna

Rabka-Zdrój, 34-700 , ul. Jordana 2,

+48 18 267 60 20

20.04.2021



UZDROWISKO RABKA SPÓŁKA AKCYJNA

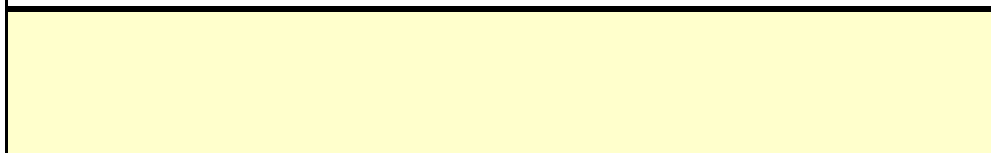
**Oddział chorób układu oddechowego i krążenia ("Rabczański Zdrój")**

**Oddział uzdrowskiwowy sanatoryjny**

34-700 Rabka-Zdrój ul.Roztoki 7

18 267 72 46

20.04.2021



UZDROWISKO RABKA SPÓŁKA AKCYJNA

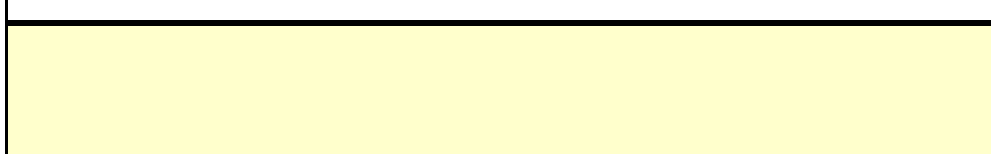
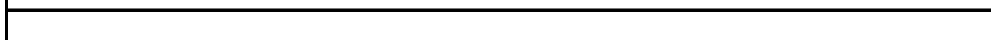
**Oddział chorób układu oddechowego i krążenia ("Olszówka" Pawilon A),**

**Oddział uzdrowskiwowy sanatoryjny**

34-700 Rabka-Zdrój ul.Słowackiego 8

18 267 72 46

20.04.2021



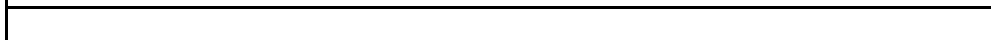
UZDROWISKO RABKA SPÓŁKA AKCYJNA

**Oddział ogólny Oddział uzdrowskiwowy szpitalny dla dzieci ("Olszówka")**

34-700 Rabka-Zdrój ul.Słowackiego 8

18 267 72 46

20.04.2021



UZDROWISKO RABKA SPÓŁKA AKCYJNA

**Oddział Kardiologiczny Uzdrowskiwowy Oddział uzdrowskiwowy szpitalny**

34-700 Rabka-Zdrój ul. Jordana 2

|  |
|--|
| 18 267 72 46   |
| 20.04.2021   |
|  |
|  |
| NZOZ RehStab   |
| Limanowa, 34-600, ul. Józefa Piłsudskiego 61                           |
| +48 18 471 35 95   |
| 491872136  |
|  |
| NZOZ RehStab   |
| Limanowa, 34-600, ul. Józefa Piłsudskiego 53,                          |
| +48 18 471 35 95   |
| 20.04.2021   |
|  |
|  |
| Ośrodek Rehabilitacji Narządu Ruchu "Krzyszowice" SPZOZ                |
| Krzyszowice, 32-065, ul. I. Daszyńskiego 1                             |
| +48 12 28 20 022   |
| 357001394  |
|  |
| Ośrodek Rehabilitacji Narządu Ruchu "Krzyszowice" SPZOZ                |
| Krzyszowice, 32-065, ul. I. Daszyńskiego 1                             |
| +48 12 28 20 022   |
| 20.04.2021   |
|  |
|  |
| Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im.św. Ludwika w Krakowie |
| Kraków, 31-503 KRAKÓW, ul. Strzelecka 2                                |
| +48 12 619 86 00   |
| 298583   |
|  |
| Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im.św. Ludwika w Krakowie |



|  |
|--|
| Radziszów, 32-052 Radziszów, ul. Podlesie 173                            |
| +48 12 619 86 00   |
| 20.04.2021   |
|  |
|  |
| SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. E. SZCZEKLIKA W TARNOWIE                     |
| Tarnów, 33-100 Tarnów, ul. Szpitalna 13                                  |
| +48 14 631 01 00   |
| 313408   |
|  |
| SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. E. SZCZEKLIKA W TARNOWIE                     |
| Tarnów, 33-100 Tarnów, ul. Szpitalna 13                                  |
| +48 14 631 01 00   |
| 20.04.2021   |
|  |
|  |
| ALFA SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOSCIA SPÓŁKA KOMANDYTOWA          |
| Krynica - Zdrój, 33-380 Krynica-Zdrój; ul.Władysława Reymonta 21,        |
| +48 18 471 29 71   |
| 120540456  |
|  |
| ALFA SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOSCIA SPÓŁKA KOMANDYTOWA          |
| Krynica - Zdrój, 33-380 Krynica-Zdrój; ul.Władysława Reymonta 21,        |
| +48 18 471 29 71   |
| 20.04.2021   |
|  |
|  |
| "UZDROWISKO KRYNICA-ŻEGIESTÓW" SPÓŁKA AKCYJNA                            |
| 33-380 KRYNICA-ZDRÓJ, Aleja inż. Nowotarskiego 9/4, 33-380 KRYNICA-ZDRÓJ |
| 18 471 23 95   |
| 491900275  |

"UZDROWISKO KRYNICA-ŻEGIESTÓW" SPÓŁKA AKCYJNA -  
**Sanatorium Uzdrowskie Stary Dom Zdrojowy Oddział uzdrowski  
sanatoryjny**

33-380 KRYNICA-ZDRÓJ, Aleja inż. Nowotarskiego 9/4, 33-380 KRYNICA-ZDRÓJ

18 471 23 95

20.04.2021

SANATORIUM UZDROWISKOWE "DZWONKÓWKA" SPÓŁDZIELNIA PRACY W  
SZCZAWNICY

34-450 Szczawnica, ul.Połoniny 14a,

18 262 20 98

004419003

SANATORIUM UZDROWISKOWE "DZWONKÓWKA" SPÓŁDZIELNIA PRACY  
**Oddział uzdrowski sanatoryjny**

34-450 Szczawnica, ul.Połoniny 14a,

18 262 20 98

20.04.2021

Instytut Zdrowia Człowieka Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością

00-526 WARSZAWA, ul. Krucza 16/22,

18 471 42 05

491882620

NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MUSZYNA" CENTRUM  
REHABILITACJI I PROFILAKTYKI  
**SANATORIUM UZDROWISKOWE "WYSOWA" Oddział uzdrowski  
sanatoryjny**

38-316 Wysowa Zdrój, Wysowa zdroj 95

18 353 23 36

20.04.2021

UZDROWISKO SZCZAWNICA SPÓŁKA AKCYJNA

34-460 Szczawnica, ul. Zdrojowa 26,

18 262 22 11

000288219

UZDROWISKO SZCZAWNICA SPÓŁKA AKCYJNA

**Sanatorium uzdrowiskowe "Inhalatorium" Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny**

34-460 Szczawnica, ul.Park Górny 2

18 262 22 11

20.04.2021

UZDROWISKO WYSOWA SPÓŁKA AKCYJNA

38-316 Wysowa, Wysowa 149,

18 353 24 00

000299140

UZDROWISKO WYSOWA SPÓŁKA AKCYJNA

**Oddział Uzdrowiskowy Sanatoryjny A "Biawena"**

38-316 Wysowa, Wysowa 107

18 353 24 00

20.04.2021

Adam Wolfram

34-460 Szczawnica , ul.Zdrojowa 4,

18 262 24 11

490546430

|   |
|---|
| CENTRUM WZASOWO-LECZNICZE SOLAR SPA SANATORIUM UZDROWISKOWE<br>NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ Adam Wolfram <b>Sanatorium</b><br><b>Uzdrowiskowe Budynek "Julia"</b><br><b>Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny</b>                       |
| 34-460 Szczawnica , ul.Zdrojowa 6   |
| 18 262 24 11  |
| 20.04.2021  |
|   |
| CENTRUM WZASOWO-LECZNICZE SOLAR SPA SANATORIUM UZDROWISKOWE<br>NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ Adam Wolfram <b>Sanatorium</b><br><b>Uzdrowiskowe Budynek "Sylwia" Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny</b>                                |
| 34-460 Szczawnica , ul.Zdrojowa 3   |
| 18 262 24 11  |
| 20.04.2021  |
|   |
| CENTRUM WZASOWO-LECZNICZE SOLAR SPA SANATORIUM UZDROWISKOWE<br>NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ Adam Wolfram <b>Sanatorium</b><br><b>Uzdrowiskowe Budynek "Adria" dla dzieci</b><br><b>Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny dla dzieci</b> |
| 34-460 Szczawnica , ul.Zdrojowa 10  |
| 18 262 24 11  |
| 20.04.2021  |
|   |
| PRZEDSIĘBIORSTWO ROBÓT BUDOWLANYCH I TRANSPORTOWYCH "CECHINI"<br>STANISŁAW I JÓZEF CECHINI - SPÓŁKA JAWNA   |
| 33-380 Krynica-Zdrój ul. Kazimierza Pułaskiego 29,  |
| 18 471 72 68  |
| 004421945   |
|   |
| PRBIT CECHINI STANISŁAW I JÓZEF CECHINI SP.J. <b>NZOZ</b><br><b>SANATORIUM UZDROWISKOWE Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny</b>  |
| 33-370 Żegiestów Zdrój Łopata Polska 24   |
| 18 471 72 68  |
| 20.04.2021  |
|   |

ZAKŁAD USŁUG LECZNICZO-WYPOCZYNKOWYCH "PZL-MIELEC" SPÓŁKA Z  
OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

33-380 Krynica-Zdrój, ul.Kazimierza Pułaskiego 73,

18 471 34 59

490533337

ZAKŁAD USŁUG LECZNICZO-WYPOCZYNKOWYCH "PZL-MIELEC" SPÓŁKA Z  
OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

**Oddział Uzdrawiskowy Sanatoryjny ("BESKID")**

33-380 Krynica-Zdrój, ul. Piękna 17

18 471 34 59

20.04.2021

SANATORIUM UZDROWISKOWE "LEŚNIK-DRZEWIARZ" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ  
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

33-380 Krynica Zdrój, ul.Podgórna 1, 3

18 471-28-61

122586592

SANATORIUM UZDROWISKOWE "LEŚNIK-DRZEWIARZ" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ  
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

**Sanatorium Uzdrawiskowe Oddział uzdrawiskowy sanatoryjny**

33-380 Krynica Zdrój, ul.Podgórna 1, 3

18 471-28-61

20.04.2021

SANATORIUM CEGIELSKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

34-700 Rabka, ul.Na Banię 42,

18 267 72 60

362725725

SANATORIUM CEGIELSKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

**Sanatorium uzdrowiskowe Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny**

34-700 Rabka, ul. Na Banię 42,

18 267 72 60

20.04.2021

MAŁOPOLSKI SZPITAL CHORÓB PŁUC I REHABILITACJI IM. EDMUNDA WOJTYŁY W  
JAROSZOWCU

32-310 Jaroszowiec, ul. Kolejowa 1a,

32 642 80 31

294214

MAŁOPOLSKI SZPITAL CHORÓB PŁUC I REHABILITACJI IM. EDMUNDA WOJTYŁY W  
JAROSZOWCU

32-310 Jaroszowiec, ul. Kolejowa 1a,

32 642 80 31

26.04.2021

przebytej chorobie COVID-19

|   |  |
|---|--|
| <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> |
|   |  |
| <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> |
|   | <b>x</b>   |
| <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> |
|   |  |
| <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> |
|   | <b>x</b>   |
| <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> |
|   |  |
| <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> |
|   |  |

|   |  |
|---|--|
|   | <b>x</b>   |
| <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> |
|   |  |
| <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> |
|   | <b>x</b>   |
| <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> |
|   |  |
| <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> |
|   | <b>x</b>   |
| <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> |
|   |  |



|   |  |
|---|--|
| <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> |
|   | <b>x</b>   |
| <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> |
| <b>x</b>                                |  |
| <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> |
| <b>x</b>                                |  |
| <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> |
| <b>x</b>                                |  |
| <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> |
|   |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>X</b>                                |  |
| <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> |
|   |  |
| <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> |
|   | <b>X</b>   |
| <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> |
|   |  |
| <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> |
|   | <b>X</b>   |
| <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> |
|   |  |
| <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> |

|   |  |
|---|--|
|   | <b>x</b>   |
| <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> |
|   |  |
| <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> |
|   | <b>x</b>   |
| <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> |
|   |  |
| <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> |
|   | <b>x</b>   |
| <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> |
|   |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> |
| <b>x</b>                                    |  |
| <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> |
|   |  |
| <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> |
| <b>x</b>                                    |  |
| <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> |
|   |  |
| <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> |
| <b>x</b>                                    |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> |
|   |  |
| <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> |
| <b>x</b>                                    |  |
| <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> |
|   |  |
| <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> |
| <b>x</b>                                    |  |
| <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> |
|   |  |
| <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> |

|   |  |
|---|--|
| x   |  |
| <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> |
| x   |  |
| <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> |
| x   |  |
| <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> |
|   |  |
| <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> |
| x   |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> |
|   |  |
| <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> |
| <b>x</b>                                    |  |
| <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> |
|   |  |
| <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> |
| <b>x</b>                                    |  |
| <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> |
|   |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> |
| <b>x</b>                                    |  |
| <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> |
|   |  |
| <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą w<br/>trybie stacjonarnym</b> |
|   | <b>x</b>   |