

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1        |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|---|--|----------------------------------|---|--|---|---|
| nazwa:  | Lux Med Tabita Sp. z o.o.              |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konstancin- Jeziorna/05-510/ Długa 43  |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony:                                | 22/ 737-64-04; 22/737-64-00            |                                  |   |  |   |   |
| identyfikator REGON                               | 142096116                              |                                  |   |  |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | Oddział Rehabilitacji Neurologicznej   |                                  | X   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konstancin- Jeziorna/05-510/ Długa 43  |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 22/ 737-64-04; 22/737-64-00            |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-04-23                             |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                  |   |  |   |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2        |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | NZ ZOZ "Wigor" Sp. z o.o.              |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Legionowo/05-120/ Koziętułskiego 9     |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony:                                | 22/690-00-99                           |                                  |   |  |   |   |
| identyfikator REGON                               | 385993793                              |                                  |   |  |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej |                                  | X   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Legionowo/05-120/ Pomorska 6           |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 22/690-00-99                           |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-04-23                             |                                  |   |  |   |   |

| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |  |   |  |  |
|---|---|---|--|---|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | Centrum Kompleksowej Rehabilitacji Sp. z o.o.     |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konstancin- Jeziorna/05-510/ Gąsiorowskiego 12/14 |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 22/ 703-00-00                                     |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                               | 017173368   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | Oddział Rehabilitacyjny                           |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konstancin- Jeziorna/05-510/ Gąsiorowskiego 12/14 |   | <b>X</b>   |   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 22/ 703-02-05                                     |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-04-23  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | PRACOWNIE FIZJOTERAPII- KONSTANCIN                |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KONSTANCIN-JEZIORNA/05-510/GĄSIOROWSKIEGO 12/14   |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 22/703-00-00                                      |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-09  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | PRACOWNIE FIZJOTERAPII- GAŁCZYŃSKIEGO             |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/00-362/GAŁCZYŃSKIEGO 4                   |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 22/826-63-18                                      |   |  |   |  |  |

|   |   |   |  |   |  |  |
|---|---|---|--|---|--|--|
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-09  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | PRACOWNIE FIZJOTERAPII- MAJDAŃSKA                       |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA-04-088/MAJDAŃSKA 12                            |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 22/612-02-01  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-09  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | DZIAŁ FIZJOTERAPII                                      |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/02-783/SUROWIECKIEGO 8                         |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 22/749-18-45  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-09  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mławie |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mława/ 06-500/ Anny Dobrskiej 1                         |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 23/ 654-32-40   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                               | 000302474   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | Oddział Rehabilitacyjny                                 |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mława/ 06-500/ Anny Dobrskiej 1                         |   | <b>X</b>   |   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 23/ 654-32-35 wew.361                                   |   |  |   |  |  |

|   |   |   |  |   |  |  |
|---|---|---|--|---|--|--|
| Data dodania do wykazu                            | 2021-04-23  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | PRACOWNIA FIZJOTERAPII  |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MŁAWA/06-500/ANNY DOBRSKIEJ 1   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 23/654-32-35 WEW.292  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-05  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/02-637/ Spartańska 1   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 22/670-93-20  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                               | 000288567   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | Klinika Rehabilitacji Reumatologicznej  |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/02-637/ Spartańska 1   |   | <b>X</b>   |   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 22/ 67-09-176   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-04-26  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII  |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/02-637/SPARTAŃSKA 1  |   |  |   |  |  |

|   |   |   |  |   |  |  |
|---|---|---|--|---|--|--|
| telefon/ telefony                                 | 22/670-94-18  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-09  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | Arkadiusz Chmieliński                                   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płońsk/09-100/Sienkiewicza 7                            |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 22/ 749-10-40   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                               | 130148271   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | Rehabilitacja Kardiologiczna                            |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Raciąż/09-140/Kraszewo- Czubaki 23 A                    |   | <b>X</b>   |   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 664-303-534   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-04-26  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | ARION MED Sp. z o.o.                                    |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/04-854/Kazimierza Króla 39                     |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 24/ 236-09-16   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                               | 060690742   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | Rehabilitacja Kardiologiczna w Oddziale Kardiologicznym |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzewo/09-500/Kruk 5                                   |   | <b>X</b>   |   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 24 236 03 83  |   |  |   |  |  |

|   |  |   |  |   |  |  |
|---|--|---|--|---|--|--|
| Data dodania do wykazu                              | 2021-04-26   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | DZIAŁ FIZJOTERAPII                                       |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ telefon/ telefony | Gorzewo/09-500/Kruk 5<br>24/236-03-68                    |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-06-02   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8</b>   |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | Wojskowy Instytut Medyczny                               |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa/04-141/Szaserów 128                             |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                  | 261 817 745  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 015294487  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | Klinika Rehabilitacji                                    |   | <b>X</b>   |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ telefon/ telefony | Warszawa/04-141/Szaserów 128<br>261 816 773, 261 817 666 |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-04-27   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | Pracownia Fizjoterapii                                   |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa/04-141/Szaserów 128                             |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                   | 261 816 236  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-04-30   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |   |  |   |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|---|--|----------------------------------|---|--|---|---|
| nazwa:  | Klinika Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii |                                  |   |  |   | X   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/04-141/Szaserów 128                               |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 261 816 450  |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-08-09   |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                  |   |  |   |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9        |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | Uzdrowisko Konstancin - Zdrój S.A.                         |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konstancin-Jeziorna/05-510/ Suer Ryder 1                   |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony:                                | 22 484 28 00   |                                  |   |  |   |   |
| identyfikator REGON                               | 000288320  |                                  |   |  |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | Sanatorium Uzdrowiskowe "Konstancja"                       | X                                |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konstancin-Jeziorna/05-510/Żródlana 6/8                    |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 22 484 28 76, 667 771 125                                  |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-04-28   |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                  |   |  |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | Oddział Rehabilitacji                                      |                                  | X   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konstancin-Jeziorna/05-510/ Sue Ryder 1                    |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 22-4842863   |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-04-30   |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                  |   |  |   |   |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10       |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|---|--|----------------------------------|---|--|---|---|
| nazwa:  | MEDCARE SP. Z O.O.                             |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DĘBE WIELKIE/05-311/PEDAGOGÓW 18               |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony:                                | 514-532-962                                    |                                  |   |  |   |   |
| identyfikator REGON                               | 366989303                                      |                                  |   |  |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII                         |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIŃSK MAZOWIECKI/05-300/JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 43 |                                  |   | X  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 730-700-386                                    |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-04-30                                     |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                  |   |  |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa   | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ SIERPC            |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIERPC/09-200/GABRIELA NARUTOWICZA 17A         |                                  |   |  | X   |   |
| telefon/ telefony                                 | 730-700-386                                    |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-04-30                                     |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                  |   |  |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa   | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ                   |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIŃSK MAZOWIECKI/05-300/JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 43 |                                  |   |  | X   |   |
| telefon/ telefony                                 | 730-700-386                                    |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-04-30                                     |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                  |   |  |   |   |



| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
|--|---|---|--|---|--|--|
| nazwa:   | CENTRUM ROZLICZEŃ NFZ "MED-BIURO"<br>SPÓŁKA CYWILNA |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LEGIONOWO/05-120/SŁOWACKIEGO 37/86                  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 608-488-579   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 146271792   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | DZIAŁ FIZJOTERAPII                                  |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZIELONKA/05-220/KOLEJOWA 5B/8                       |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22/760-22-44  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-04-30  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ                        |   |  |   | <b>X</b>   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZIELONKA/05-220/KOLEJOWA 5B/8                       |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22/760-22-44  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-04-30  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ALFA MAZOWSZE SP. Z O.O.                            |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PŁOCK/09-409/HUBALCZYKÓW 11                         |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 603-077-470; 508-199-065                            |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 146139495   |   |  |   |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|---|--|---|---|
| nazwa:  | DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII    |                                  |   | X  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK/09-400/MEDYCZNA 8           |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 24/361-90-44; 609-019-189         |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-04-30                        |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                   |                                  |   |  |   |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13       |                                   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | REKOL-MED SP. Z O.O.              |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/02-744 /SONATY 5 LOK. U1 |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony:                                | 22/647-12-52                      |                                  |   |  |   |   |
| identyfikator REGON                               | 008421793                         |                                  |   |  |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | NZOZ REKOL-MED                    |                                  |   | X  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/02-743 /J. S. BACHA 2    |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 22/843-64-94                      |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-04-30                        |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-08-31                        |                                  |   |  |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | DZIAŁ (PRACOWNIA)FIZJOTERAPII     |                                  |   | X  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/02-744 /SONATY 5 LOK. U1 |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 22/843-64-94                      |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-09-01                        |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                   |                                  |   |  |   |   |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
|--|--|---|--|---|--|--|
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - ZESPÓŁ ZAKŁADÓW |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MAKÓW MAZOWIECKI/06-200/WITOSA 2                                 |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 29/714-23-00   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 000304591  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MAKÓW MAZOWIECKI/06-200/WITOSA 2                                 |   |  | X   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 29/714-23-71   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-04-30   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ                                     |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MAKÓW MAZOWIECKI/06-200/WITOSA 2                                 |   |  |   | X  |  |
| telefon/ telefony                                  | 29/714-25-30   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ODDZIAŁ REHABILITACYJNY  |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MAKÓW MAZOWIECKI/06-200/WITOSA 2                                 |   | X  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 29/714-22-39   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-06-02   |   |  |   |  |  |

| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |
|--|---|---|--|---|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | KAŚMIN DOM SENIORA SP. Z O.O.   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | DROŹDŹÓWKA/05-332/5A  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 25/799-21-23  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 710444492   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA  |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | DROŹDŹÓWKA/05-332/5A  |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 25/799-21-23  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-04-30  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | REHABILITACJA DOMOWA  |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | DROŹDŹÓWKA/05-332/5A  |   |  |   | <b>X</b>   |  |
| telefon/ telefony                                  | 25/799-21-23  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-04-30  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KAŁUSZYNIE - PRZYCHODNIA OPIEKI ZDROWOTNEJ |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KAŁUSZYN/05-310/WOJSKA POLSKIEGO 24   |   |  |   |  |  |

|  |  |   |  |   |  |  |
|--|--|---|--|---|--|--|
| telefon/ telefony:                                 | 25/757-61-22                             |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 711652442                                |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII                   |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KAŁUSZYN/05-310/WARSZAWSKA 50            |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 25/757-61-22                             |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-04-30                               |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ARNICA OLSZEWSKI I WSPÓLNIK SPÓŁKA JAWNA |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/02-796/WĄWOZOWA 22/89           |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 517-148-095                              |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 145849450                                |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | DZIAŁ FIZJOTERAPII                       |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | STARE BABICE/05-082/Rynek 10             |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22/100-32-35                             |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-04-30                               |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | MAGDALENA SZYMAŃSKA FIZJOTERAPEUTA       |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WĘŻYKI/96-514/38                         |   |  |   |  |  |

|  |   |   |  |   |  |  |
|--|---|---|--|---|--|--|
| telefon/ telefony:                                 | 530-700-972   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 142179411   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ  |   |  |   | <b>X</b>   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SOCHACZEW/96-500/STEFANA ŻEROMSKIEGO 17/21                          |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 530-700-972   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-04-30  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W MIŃSKU MAZOWIECKIM |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MIŃSK MAZOWIECKI/05-300/SZPITALNA 37                                |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 25/506-51-01  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 712351100   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZYKOTERAPII I REHABILITACJI                             |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MIŃSK MAZOWIECKI/05-300/KOŚCIUSZKI 9                                |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 25/506-53-58  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-04-30  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | AGATA HEROMIŃSKA  |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OSTRÓW MAZOWIECKA/07-300 /KSIĘŻNEJ ANNY MAZOWIECKIEJ 4/20           |   |  |   |  |  |

|  |   |   |  |   |  |  |
|--|---|---|--|---|--|--|
| telefon/ telefony:                                 | 608-204-175                                 |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 141767206                                   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ                |   |  |   | <b>X</b>   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OSTRÓW MAZOWIECKA/07-300/DUBOIS 23          |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 608-204-175                                 |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-04-30                                  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 2021-05-04                                  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | FUNDACJA "SPRAWNOŚĆ W KAŻDYM WIEKU"         |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/02-202 /DRAWSKA 10/3               |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 605-823-290                                 |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 146402030                                   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII              |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MOKOTÓW/00-780/ LUDOWA 6                    |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22/840-72-17                                |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-04-30                                  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII              |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PRAGA-POŁUDNIE/04-041 /MIĘDZYBORSKA 50/UŻ/2 |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22/241-41-82                                |   |  |   |  |  |

|  |   |   |  |   |  |  |
|--|---|---|--|---|--|--|
| Data dodania do wykazu                             | 2021-04-30                                    |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ                  |   |  |   | <b>X</b>   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MOKOTÓW/00-780/LUDOWA 6                       |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22/840-72-17                                  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-04-30                                    |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ARNICA ADAM OLSZEWSKI I WSPÓLNIK SPÓŁKA JAWNA |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CIECHANÓW/06-400/ARMII KRAJOWEJ 18A           |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 23/673-25-54                                  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 142062258                                     |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | DZIAŁ FIZJOTERAPII                            |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CIECHANÓW/06-400/ARMII KRAJOWEJ 18A           |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 23/673-25-54                                  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-04-30                                    |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ                  |   |  |   | <b>X</b>   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CIECHANÓW/06-400/ARMII KRAJOWEJ 18A           |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 23/673-25-54                                  |   |  |   |  |  |



|  |                                       |   |  |   |  |  |
|--|---------------------------------------|---|--|---|--|--|
| Data dodania do wykazu                             | 2021-04-30                            |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                       |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23</b> |                                       | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | FAMAR SP. Z O.O.                      |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CIECHANÓW/06-400/GRUDUSKA 50          |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 604-591-870                           |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 147058965                             |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                       | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ          |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MŁAWA/06-500/SĄDOWA 6                 |   |  |   | X  |  |
| telefon/ telefony                                  | 23/682-11-95                          |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-04-30                            |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                       |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                       | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | DZIAŁ FIZJOTERAPII                    |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MŁAWA/06-500/SĄDOWA 6                 |   |  | X   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 23/682-11-95                          |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-04-30                            |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                       |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24</b> |                                       | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | CENTRUM MEDYCZNE BIAŁOŁĘKA SP. Z O.O. |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SZELIGI/05-850/CYPRYSOWA 4            |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22/741-60-58                          |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 017329095                             |   |  |   |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|---|--------------------------------|----------------------------------|---|--|---|---|
| nazwa:  | PRACOWNIA FIZJOTERAPII         |                                  |   | X  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/03-134/KSIĄŻKOWA 10   |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 22/741-60-58                   |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-04-30                     |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                |                                  |   |  |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ   |                                  |   |  | X   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/03-134/KSIĄŻKOWA 10   |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 22/741-60-58                   |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-04-30                     |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                |                                  |   |  |   |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25       |                                | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | KAZIMIERZ PRZEPIÓRSKI          |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE ŁUBKI/09-454/5A           |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony:                                | 24/265-13-12; 607-265-559      |                                  |   |  |   |   |
| identyfikator REGON                               | 611052290                      |                                  |   |  |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII |                                  |   | X  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE ŁUBKI/09-454/5            |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 24/265-13-12; 607-265-559      |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-04-30                     |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                |                                  |   |  |   |   |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
|--|---|---|--|---|--|--|
| nazwa:   | DOROTA PAŚNIK   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁASKARZEW/08-450/ALEJOWA 5  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 609-530-822   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 141959199   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII W TYM FIZYKOTERAPII, KINEZYTERAPII, HYDROTERAPII |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁASKARZEW/08-450/ALEJOWA 5  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 609-530-822   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-04-30  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ  |   |  |   | X  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁASKARZEW/08-450/ALEJOWA 5  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 609-530-822   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-04-30  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | LUX MED ONKOLOGIA SP. Z O.O.  |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/01-748/SZAMOCKA 6  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22/469-83-50  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 360493191   |   |  |   |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|---|--|----------------------------------|---|--|---|---|
| nazwa:  | DZIAŁ/PRACOWNIA FIZJOTERAPII                 |                                  |   | X  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/02-524/NARBUTTA 83 LOK U10          |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 22/403-80-61                                 |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-04-30                                   |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                  |   |  |   |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28       |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | MEDIKAR SP. Z O.O. SP. K.                    |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/00-738/SIELECKA 22                  |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony:                                | 22/880-91-33                                 |                                  |   |  |   |   |
| identyfikator REGON                               | 015803256                                    |                                  |   |  |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | DZIAŁ/PRACOWNIA FIZJOTERAPII                 |                                  |   | X  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/00-738/SIELECKA 22                  |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 22/880-91-33                                 |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-04-30                                   |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                  |   |  |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | SPECJALISTYCZNY ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ |                                  |   |  | X   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/00-738/SIELECKA 22                  |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 22/880-91-33                                 |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-04-30                                   |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                  |   |  |   |   |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
|--|---|---|--|---|--|--|
| nazwa:   | TERESA PSZKIT-KAMOLA  |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŻELECHÓW/08-430/DŁUGA 136F  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 25/7541089  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 710521815   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII  |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŻELECHÓW/08-430/DŁUGA 136F  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 25/7541089  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-04-30  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ                                      |   |  |   | X  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŻELECHÓW/08-430/DŁUGA 136F  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 25/7541089  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-04-30  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | KOMPLEKSOWA REHABILITACJA LECZNICZA S.C. M. DĘBIŃSKA, P. DĘBIŃSKI |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WOŁOMIN/05-200/WILEŃSKA 51  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 513-726-241   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 140664361   |   |  |   |  |  |

| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
|--|--|---|--|---|--|--|
| nazwa:   | DZIAŁ /PRACOWNIA/ FIZJOTERAPII                                       |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WOŁOMIN/05-200/WILEŃSKA 51   |   |  | X   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22/763-95-45   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-05   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | OŚRODEK REHABILITACJI DZIENNEJ                                       |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WOŁOMIN/05-200/WILEŃSKA 51   |   |  | X   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22/763-95-45   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-12-02   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | OŚRODEK REHABILITACJI DZIENNEJ WILANÓW                               |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/02-797/SARMACKA 17/118                                      |   |  | X   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 535-565-535  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-12-02   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | CENTRUM REHABILITACJI "ESTETICA-MED" M. DĘBIŃSKA, K. MICHALCZYK S.C. |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/03-735/ZĄBKOWSKA 18/61                                      |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 513-726-241  |   |  |   |  |  |

|  |  |   |  |   |  |  |
|--|--|---|--|---|--|--|
| identyfikator REGON                                | 141619078  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | DZIAŁ(PRACOWNIA)FIZJOTERAPII   |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/03-735/ZĄBKOWSKA 18/61  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22/670-00-63   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-05   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | FUNDACJA "PERPETUUM MOBILE"  |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/01-780/BRONIEWSKIEGO 9  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22/633-88-66   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 015621733  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA   |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/03-741/BIAŁOSTOCKA 7  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22/618-30-90   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-05   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OLSZTYŃSKA" DĘBIŃSKA, SZCZEPANOWSKA - SPÓŁKA PARTNERSKA - LEKARZE |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADOM/26-600/OLSZTYŃSKA 33A  |   |  |   |  |  |

|  |   |   |  |   |  |  |
|--|---|---|--|---|--|--|
| telefon/ telefony:                                 | 566-566-001   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 672990580   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII  |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADOM/26-600/OLSZTYŃSKA 33A   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 566-566-001   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-05  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W NOWYM MIEŚCIE NAD PILICĄ |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NOWE MIASTO NAD PILICĄ/26-420/TOMASZOWSKA 43                              |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 48/674-38-42  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 670205424   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII  |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NOWE MIASTO NAD PILICĄ/26-420/TOMASZOWSKA 43                              |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 48/674-38-64  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-05  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ALMED A BALCERZAK I WYSOCKI SPÓŁKA JAWNA                                  |   |  |   |  |  |



|  |  |   |  |   |  |  |
|--|--|---|--|---|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu   |  | ŁYSE/07-437/TOPOŁOWA 2                      |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                     |  | 29/717-00-50; 660-764-969                   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                    |  | 146327860                                   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą<br/>w trybie<br/>stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>świadczenia rehabilitacji<br/>psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   |  | PRACOWNIA FIZJOTERAPII                      |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu   |  | ŁYSE/07-437/TOPOŁOWA 2                      |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                      |  | 29/717-00-50; 660-764-969                   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                                 |  | 2021-05-05                                  |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                              |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący<br/>działalność leczniczą 36</b> |  | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą<br/>w trybie<br/>stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>świadczenia rehabilitacji<br/>psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   |  | WALDEMAR DUDKIEWICZ                         |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu   |  | SIERPC/09-200/KSIĘCIA WACŁAWA 15            |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                     |  | 24/275-70-28; 600-937-568                   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                    |  | 610020559                                   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą<br/>w trybie<br/>stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>świadczenia rehabilitacji<br/>psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   |  | DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII              |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu   |  | SIERPC/09-200/KSIĘCIA WACŁAWA 15            |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                      |  | 24/275-70-28; 730-811-808; 600-937-568      |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                                 |  | 2021-05-05                                  |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                              |  | 2021-07-31                                  |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący<br/>działalność leczniczą 37</b> |  | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą<br/>w trybie<br/>stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>świadczenia rehabilitacji<br/>psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   |  | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY W PŁOCKU       |  |   |  |  |

|  |   |   |  |   |  |  |
|--|---|---|--|---|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu   | PŁOCK/09-400/MEDYCZNA 19                                  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                     | 24/364-61-00; 24/364-61-05                                |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                    | 000650070   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą<br/>w trybie<br/>stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>świadczenia rehabilitacji<br/>psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | DZIAŁ FIZJOTERAPII  |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu   | PŁOCK/09-400/MEDYCZNA 19                                  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                      | 24/364-62-46; 24/364-62-48                                |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                                 | 2021-05-05  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                              |   |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący<br/>działalność leczniczą 38</b> |   | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą<br/>w trybie<br/>stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>świadczenia rehabilitacji<br/>psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | MEDICAL OFFICE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu   | WARSZAWA/03-995/LIGUSTROWA 23L                            |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                     | 22/424-21-50  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                    | 015586238   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą<br/>w trybie<br/>stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>świadczenia rehabilitacji<br/>psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII                            |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu   | WARSZAWA/02-796/BELGRADZKA 48 LOK 7                       |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                      | 508-028-177   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                                 | 2021-05-05  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                              |   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                  |   | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą<br/>w trybie<br/>stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>świadczenia rehabilitacji<br/>psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ                              |   |  |   |  |  |

|  |   |   |  |   |  |  |
|--|---|---|--|---|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu | WARSZAWA/02-796/BELGRADZKA 48 LOK 7   |   |  |   | <b>X</b>   |  |
| telefon/ telefony                                    | 508-028-177   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-05-05  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39</b>   |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | CENTRUM MEDYCZNE I REHABILITACJI KRIOSONIK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA JAWNA |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu | WARSZAWA/03-202/WYSOCKIEGO 51   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                   | 22/811-51-73  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                  | 015153120   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | DZIAŁ FIZJOTERAPII  |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu | WARSZAWA/03-202/WYSOCKIEGO 51   |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| telefon/ telefony                                    | 22/688-72-90  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-05-05  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | DZIAŁ FIZJOTERAPII  |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu | MICHAŁOWICE/05-816/KOŚCIUSZKI 5   |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| telefon/ telefony                                    | 22/753-04-61  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-05-05  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |

|   |   |   |  |   |  |  |
|---|---|---|--|---|--|--|
| nazwa:  | DZIAŁ FIZJOTERAPII                              |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE/08-110/BRZESKA 137                      |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 25/632-52-12                                    |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-05                                      |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ                    |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE/08-110/BRZESKA 137                      |   |  |   | <b>X</b>   |  |
| telefon/ telefony                                 | 663-144-443                                     |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-05                                      |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ                    |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MICHAŁOWICE/05-816/KOŚCIUSZKI 5                 |   |  |   | <b>X</b>   |  |
| telefon/ telefony                                 | 504-953-228                                     |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-05                                      |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ                    |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓW MAZOWIECKA/07-300/JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 1A |   |  |   | <b>X</b>   |  |
| telefon/ telefony                                 | 787-008-564                                     |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-05                                      |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |

|   |   |   |  |   |  |  |
|---|---|---|--|---|--|--|
| nazwa:  | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ            |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻELISZEW PODKOŚCIELNY/08-130/11         |   |  |   | X  |  |
| telefon/ telefony                                 | 787-008-591                             |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-05                              |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ            |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGRÓW/07-100/Rynek Mariacki 17         |   |  |   | X  |  |
| telefon/ telefony                                 | 787-008-579                             |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-05                              |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 9</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ            |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOZIENICE/26-900/HENRYKA SIENKIEWICZA 8 |   |  |   | X  |  |
| telefon/ telefony                                 | 513-837-480                             |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-05                              |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 10</b>            |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ            |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM/26-615/Pl. Jana Zientarskiego 1A  |   |  |   | X  |  |
| telefon/ telefony                                 | 504-953-225                             |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-05                              |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 11</b>            |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |

|  |   |   |  |   |  |  |  |
|--|---|---|--|---|--|--|--|
| nazwa:   | OŚRODEK REHABILITACJI DZIENNEJ                                      |   |  |   |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SIEDLCE/08-110/BRZESKA 137  |   |  |   |  |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 25/632-52-12  |   |  |   |  |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-12-02  |   |  |   |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |  |
| nazwa:   | DOMINIKA PODGÓRZAK  |   |  |   |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/01-820/LISOWSKA 23   |   |  |   |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22/468-10-88  |   |  |   |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 141165217   |   |  |   |  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |  |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII  |   |  |   |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/01-820/LISOWSKA 23   |   |  |   |  |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22/468-10-88  |   |  |   |  |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-05  |   |  |   |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |  |
| nazwa:   | ZGROMADZENIE SIÓSTR SŁUŻEK<br>NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY NIEPOKALANEJ |   |  |   |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PRZYSUCHA/26-400/MARIÓWKA 1   |   |  |   |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 606-960-961   |   |  |   |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 006228879   |   |  |   |  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |  |

|  |   |   |  |   |  |  |
|--|---|---|--|---|--|--|
| nazwa:   | ODDZIAŁ REHABILITACJI   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PRZYSUCHA/26-400/MARIÓWKA 1   |   | X  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 606-960-961   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-05  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII  |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PRZYSUCHA/26-400/MARIÓWKA 1   |   |  | X   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 606-960-961   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W PIONKACH IM. LECHA I MARIII KACZYŃSKICH - PARY PREZYDENCCKIEJ |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PIONKI/26-670/SIENKIEWICZA 29   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 48/612-13-81  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 670140015   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ODDZIAŁ REHABILITACJI STACJONARNEJ  |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PIONKI/26-670/HARCERSKA 1   |   | X  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 48/385-25-33  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-05  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
|--|---|---|--|---|--|--|
| nazwa:   | CENTRALNA WOJSKOWA PRZYCHODNIA LEKARSKA "CEPELEK" SPZOZ   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/00-911/KOSZYKOWA 78  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22 429 10 65  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 010137895   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | GABINET FIZJOTERAPII  |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/00-911/KOSZYKOWA 78  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 459 595 071   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 05.05.2021 r.   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LEGIONOWIE |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LEGIONOWO/05-119/ZEGRZYŃSKA 8   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22 261 866 040; 381 25 25   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 016137181   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA  |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LEGIONOWO/05-119/ZEGRZYŃSKA 8   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22 261 866 040; 381 25 25   |   |  |   |  |  |



|  |  |   |  |   |  |  |
|--|--|---|--|---|--|--|
| Data dodania do wykazu                             | 05.05.2021 r.  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ANNA SZELIGA-WÓJCIK PROWADZĄCA PRZEDSIĘBIORSTWO •ZOZ CENTRUM OPTYCZNO-OKULISTYCZNE •SZELIGA• ANNA SZELIGA-WÓJCIK |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŻYRARDÓW/96-300/LIMANOWSKIEGO 49 A   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 517-331-311; 46/854-22-19  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 750491572  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ ŻYRARDÓW  |   |  |   | <b>X</b>   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŻYRARDÓW/96-300/LIMANOWSKIEGO 49 A   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 512-105-649; 46/854-22-19  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ CHYLICE   |   |  |   | <b>X</b>   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CHYLICE-KOLONIA/96-313/WARSZAWSKA 90   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 512-105-649; 46/813-10-13  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |

|  |  |   |  |   |  |  |
|--|--|---|--|---|--|--|
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII ŻYRARDÓW  |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŻYRARDÓW/96-300/LIMANOWSKIEGO 49 A   |   |  | X   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 512-105-649; 46/854-22-19  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZWOLENIU             |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZWOLEŃ/26-700/ALEJA POKOJU 5   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 48/676-20-37;48/676-25-74  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 670204896  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZWOLEŃ/26-700/W.JAGIEŁŁY 12  |   |  | X   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 48/676-20-37 WEW.165   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA - OCHOTA |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/02-353/SZCZĘŚLIWICKA 36   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22/659-67-98   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 010202670  |   |  |   |  |  |

| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
|---|----------------------------------|---|--|---|--|--|
| nazwa:  | PRACOWNIA FIZJOTERAPII           |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/02-353/SZCZĘŚLIWICKA 36 |   |  | X   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 22/822-32-21                     |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-09                       |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | PRACOWNIA FIZJOTERAPII           |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/02-495/1 MAJA13         |   |  | X   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 22/662-68-56                     |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-09                       |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RASZYN/05-090/PRUSZKOWSKA 52     |   |  | X   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 502-867-850                      |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-09                       |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |                                  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | ODDZIAŁ DZIENNY REHABILITACYJNY  |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/02-353/SZCZĘŚLIWICKA 36 |   |  | X   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 22/822-32-21                     |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-12-02                       |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                  |   |  |   |  |  |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
|--|--|---|--|---|--|--|
| nazwa:   | CENTRUM ZDROWIA ADAM MUSZYŃSKI SP. J.                |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PIASECZNO/05-500/CZAJEWICZA 5/7 LOK.49               |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 604-777-602  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 013257795  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII                       |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OSTROŁĘKA/07-410/PILECKIEGO 14                       |   |  | X   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 29/769-45-57   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII                       |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PIASECZNO/05-500/NADARZYŃSKA 14/U1                   |   |  | X   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 577-206-660;   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | MAZOWIECKI SZPITAL BRÓDNOWSKI W WARSZAWIE SP. Z O.O. |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/03-242/KONDRATOWICZA 8                      |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22/326-59-87; 22/326-53-15                           |   |  |   |  |  |

|  |  |   |  |   |  |  |
|--|--|---|--|---|--|--|
| identyfikator REGON                                | 141983460  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ZAKŁAD REHABILITACJI I FIZYKOTERAPII -DZIAŁ FIZJOTERAPII Z PRACOWNIAMI |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/03-242/KONDRATOWICZA 8  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22/326-55-04   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | SALUS SP. Z O. O. SP. K.   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WOLA GOŁKOWSKA/05-503/RYBNA 11   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 600-800-591  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 146414843  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII   |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MROKÓW/05-552/JÓZEFA GÓRSKIEGO 15                                      |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22/243-07-77; 735-007-107  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 2021-10-11   |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PŁOCKI ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SP. Z O.O.                             |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PŁOCK/09-402/KOŚCIUSZKI 28   |   |  |   |  |  |

|  |  |   |  |   |  |  |
|--|--|---|--|---|--|--|
| telefon/ telefony:                                 | 24/364-51-00   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 611416590  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII                                       |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PŁOCK/09-402/TYSIĄCLECIA 13                                  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 24/364-52-80   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | CENTRUM MEDYCYNY I REHABILITACJI ARTKINEZIS SP.Z O.O. SP. K. |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PĘCICE/05-806/KWIATÓW POLNYCH 4                              |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22/730-13-30   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 363205850  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII                                       |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŻYRARDÓW/96-300/WIEJSKA 19/21                                |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 46/858-10-90   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII                                       |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PĘCICE/05-806/KWIATÓW POLNYCH 4                              |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22/730-13-30   |   |  |   |  |  |

|  |                                    |   |  |   |  |  |
|--|------------------------------------|---|--|---|--|--|
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09                         |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                    |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53</b> |                                    | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | "SANA" SP. Z O.O.                  |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GARWOLIN/08-400/KOŚCIUSZKI 49J     |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 25/682-36-79; 697-651-006          |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 712547747                          |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                    | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | NZOZ SANA PRACOWNIA FIZJOTERAPII   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GARWOLIN/08-400/KOŚCIUSZKI 49J     |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 25/682-36-79                       |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09                         |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                    |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54</b> |                                    | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | MARECKI OŚRODEK ZDROWIA SP. Z O.O. |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MARKI/05-270/SPORTOWA 3            |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22/781-16-03; 22/781-16-05         |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 016346068                          |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                    | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | FIZJOTERAPIA DOMOWA                |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MARKI/05-270/SPORTOWA 3            |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22/781-16-03 WEW.128               |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09                         |   |  |   |  |  |

| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                  |   |  |   |   |
|---|---|----------------------------------|---|--|---|---|
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | GABINET FIZJOTERAPII                            |                                  |   | X  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MARKI/05-270/SPORTOWA 3                         |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 22/781-16-03 WEW.128                            |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-09                                      |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                  |   |  |   |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55       |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | WARSZAWSKIE ZAKŁADY SPRZĘTU ORTOPEDYCZNEGO S.A. |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/00-973/ALEJA BOHATERÓW WRZEŚNIA 9      |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony:                                | 22/576-17-65                                    |                                  |   |  |   |   |
| identyfikator REGON                               | 000288053                                       |                                  |   |  |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | PRACOWNIA FIZJOTERAPII                          |                                  |   | X  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/00-973/ALEJA BOHATERÓW WRZEŚNIA 9      |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 22/576-17-65                                    |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-09                                      |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                  |   |  |   |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56       |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | 3MAJ SP. Z O.O.                                 |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/03-916/WALECZNYCH 40/U5                |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony:                                | 791-147-408                                     |                                  |   |  |   |   |



|  |   |   |  |   |  |  |
|--|---|---|--|---|--|--|
| identyfikator REGON                                | 383127301                                 |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | DZIAŁ FIZJOTERAPII                        |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/02-201/OPACZEWSKA 43/130         |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 791-147-408                               |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09                                |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | MAGDALENA MARIA PIÓRKOWSKA                |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BARANÓW/96-314/ARMII KRAJOWEJ 53          |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 46/856-03-77; 603-645-502                 |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 016143135                                 |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII                    |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BARANÓW/96-314/ARMII KRAJOWEJ 53          |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 727-001-552                               |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09                                |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | CENTRUM MEDYCZNO-DIAGNOSTYCZNE SP. Z O.O. |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SIEDLCE/08-110/NIKLOWA 9                  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 25/785-60-34                              |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 710529892                                 |   |  |   |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|---|--|----------------------------------|---|--|---|---|
| nazwa:  | DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII   |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIŃSK MAZOWIECKI/05-300/DĄBRÓWKI 52  |                                  |   | X  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 25/633-35-55   |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-09   |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                  |   |  |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII   |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLEŚNICA/08-117/132  |                                  |   | X  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 25/633-35-55   |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-09   |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                  |   |  |   |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59       |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA BEMOWO- WŁOCHY |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/01-315/GEN.M.C.COOPERA 5  |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony:                                | 22/638-90-55   |                                  |   |  |   |   |
| identyfikator REGON                               | 017202242  |                                  |   |  |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | PRACOWNIA FIZJOTERAPII   |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/01-493/WROCŁAWSKA 19  |                                  |   | X  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 22/167-22-81   |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-09   |                                  |   |  |   |   |

| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                  |   |  |   |   |
|---|--|----------------------------------|---|--|---|---|
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | PRACOWNIA FIZJOTERAPII                 |                                  |   | X  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/01-381/POWSTAŃCÓW ŚLĄSKICH 19 |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 22/167-24-80                           |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-09                             |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                  |   |  |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | PRACOWNIA FIZJOTERAPII                 |                                  |   | X  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/02-134/1SIERPANIA 36 A        |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 22/167-27-80                           |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-09                             |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                  |   |  |   |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60       |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | ZOFIA SZABERT                          |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁĄCK/09-520/WIERZBOWA 6                |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony:                                | 507-102-711                            |                                  |   |  |   |   |
| identyfikator REGON                               | 611020509                              |                                  |   |  |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ           |                                  |   |  | X   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SANNIKI/09-540/WARSZAWSKA 148          |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 24/277-61-67                           |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-09                             |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                  |   |  |   |   |

| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                      | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
|--|--------------------------------------|---|--|---|--|--|
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII DLA DOROSŁYCH |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁĄCK/09-520/GOSTYNIŃSKA 2            |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 24/384-12-74; 507-102-720            |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09                           |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                      |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                      | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII DLA DOROSŁYCH |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SANNIKI/09-540/WARSZAWSKA 148        |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 24/277-61-67                         |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09                           |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                      |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61</b> |                                      | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | SALUS MEDYCYNĄ SP. Z O.O.            |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SIEDLCE/08-110/J. PIŁSUDSKIEGO 49    |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 25/632-23-93                         |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 369340081                            |   |  |   |  |  |
|  |                                      |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                      | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII               |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SIEDLCE/08-110/SOKOŁOWSKA 47         |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 600-992-794                          |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09                           |   |  |   |  |  |
|  |                                      |   |  |   |  |  |

| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |
|--|---|---|--|---|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | FIZJO-MED MONIKA MACHAŁA-SZTYK                |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NADARZYN/05-830/PRUSZKOWSKA 27                |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 504-772-293                                   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 141121094                                     |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII                        |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NADARZYN/05-830/PRUSZKOWSKA 27                |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22/755-48-29                                  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09                                    |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PULMO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/03-287/SKARBKA Z GÓR 120/10          |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 503-855-494; 503-508-199                      |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 147344100                                     |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | DZIAŁ FIZJOTERAPII                            |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WOŁOMIN/05-200/GŁOWACKIEGO 12                 |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 501-783-990; 500-119-159                      |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09                                    |   |  |   |  |  |

| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
|--|--|---|--|---|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | FIZIOLEK SPÓŁKA CYWILNA ANNA RAŹNIEWSKA, DARIUSZ KAPCIAK |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZDUŃSKA WOLA/98-220/DĄBROWSKIEGO 36                      |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 43/881-05-66   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 101543389  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | FIZJOTERAPIA DOMOWA                                      |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADOM/26-610/GŁÓWNA 12/1                                 |   |  |   | <b>X</b>   |  |
| telefon/ telefony                                  | 535-448-839  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ           |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZWOLEŃ/26-700/KILIŃSKIEGO 11                             |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 733-783-135  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 364670201  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII                                   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZWOLEŃ/26-700/KILIŃSKIEGO 50                             |   |  |   | <b>X</b>   |  |
| telefon/ telefony                                  | 733-783-135  |   |  |   |  |  |

|  |  |   |  |   |  |  |
|--|--|---|--|---|--|--|
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09                                       |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TYCHY/43-100/ZGRZEBNIOKA 22                      |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 661-227-751                                      |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 240247306  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ                     |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GRÓJEC/05-600/JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 33             |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 609-410-935                                      |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09                                       |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 2021-06-30                                       |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ                     |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADOM/26-600/25 CZERWCA 81                       |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 609-410-935                                      |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09                                       |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 2021-06-30                                       |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ                     |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/04-736/ŻEGAŃSKA 48                      |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 693-902-214                                      |   |  |   |  |  |

|   |                                  |   |  |   |  |  |
|---|----------------------------------|---|--|---|--|--|
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-09                       |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-06-30                       |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |                                  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ     |   |  |   | <b>X</b>   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁOBRZEGI/26-680/SPACEROWA 10A |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 609-410-935                      |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-09                       |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-06-30                       |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>             |                                  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ     |   |  |   | <b>X</b>   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GNIEWOSZÓW/26-920/SARNOWSKA 14   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 667-887-740                      |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-09                       |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-06-30                       |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>             |                                  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ     |   |  |   | <b>X</b>   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAKRZEW/26-652/41A               |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 667-887-715                      |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-09                       |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-06-30                       |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>             |                                  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ     |   |  |   | <b>X</b>   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZYDŁOWIEC/26-500/WSCHODNIA 40   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 667-880-670                      |   |  |   |  |  |



|  |   |   |  |   |  |  |
|--|---|---|--|---|--|--|
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 2021-06-30  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ                          |   |  |   | <b>X</b>   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZWOLEŃ/26-700/DOKTORA PERZYNY 5                       |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 667-887-740   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 2021-06-30  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 9</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ                          |   |  |   | <b>X</b>   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SIENNO/27-350/DIONIZEGO CZACHOWSKIEGO 4               |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 667-887-715   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 2021-06-30  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 10</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ                          |   |  |   | <b>X</b>   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PRZYSUCHA/26-400/KRAKOWSKA 42                         |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 667-880-670   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 2021-06-30  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | NASZA KLINIKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OŻARÓW MAZOWIECKI/05-850/ROMANA DMOWSKIEGO 39         |   |  |   |  |  |

|  |   |   |  |   |  |  |
|--|---|---|--|---|--|--|
| telefon/ telefony:                                 | 22/292-11-01                                  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 365432834                                     |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ                  |   |  |   | <b>X</b>   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OŻARÓW MAZOWIECKI/05-850/ROMANA DMOWSKIEGO 39 |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22/292-11-01                                  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09                                    |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ODDZIAŁ DZIENNY                               |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OŻARÓW MAZOWIECKI/05-850/ROMANA DMOWSKIEGO 39 |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22/292-11-01                                  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-12-02                                    |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | SED E.S. NOWACCY D.WRÓBLEWSKA SPÓŁKA JAWNA    |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/04-157/MLĄDZKA 27A                   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22-613-76-81                                  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 015430648                                     |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPEUTYCZNA DLA DOROSŁYCH    |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/04-157/MLĄDZKA 27A                   |   |  |   |  |  |

|  |  |   |  |   |  |  |
|--|--|---|--|---|--|--|
| telefon/ telefony                                  | 22-613-76-81                                       |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPEUTYCZNA DLA DOROSŁYCH         |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/03-982/BOHATEREWICZA 1                    |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22-673-27-53                                       |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-09   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | WA ZDROWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | IZABELIN/05-080/3 MAJA 47                          |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22/721-84-12                                       |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 142122138  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | DZIAŁ FIZJOTERAPII IZABELIN                        |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | IZABELIN/05-080/3 MAJA 47                          |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22/721-84-12                                       |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-12   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |

|  |   |   |  |   |  |  |
|--|---|---|--|---|--|--|
| nazwa:   | ZIELIŃSCY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OSTROŁĘKA/07-410/SYBIRAKÓW 1                      |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 29/643-88-83                                      |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 385837461   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ                      |   |  |   | <b>X</b>   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OSTROŁĘKA/07-410/MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 40    |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 29/643-88-83                                      |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-12  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W GOŹDZIE                  |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GÓZD/26-634/LEKARSKA 4                            |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 48/320-20-19;660-699-801                          |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 670221015   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII                            |   |  |   | <b>X</b>   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GÓZD/26-634/LEKARSKA 4                            |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 48/320-20-19                                      |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-12  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |

|  |  |   |  |   |  |  |
|--|--|---|--|---|--|--|
| nazwa:   | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ "LEGIONOWO"<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu   | LEGIONOWO/05-120/SOWIŃSKIEGO 4   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                     | 22/767-59-00   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                    | 141545411  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą<br/>w trybie<br/>stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>świadczenia rehabilitacji<br/>psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII   |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu   | LEGIONOWO/05-120/SOWIŃSKIEGO 4   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                      | 22/774-51-51   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                                 | 2021-05-12   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                              |  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                  |  | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą<br/>w trybie<br/>stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>świadczenia rehabilitacji<br/>psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ   |   |  |   | <b>X</b>   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu   | LEGIONOWO/05-120/SOWIŃSKIEGO 4   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                      | 22/774-51-51   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                                 | 2021-05-12   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                              |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący<br/>działalność leczniczą 73</b> |  | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą<br/>w trybie<br/>stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>świadczenia rehabilitacji<br/>psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | FUNDACJA MONTIANA POLONIA  |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu   | RADOM/26-600/ZGODNA 6  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                     | 48/331-03-83   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                    | 364992130  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą<br/>w trybie<br/>stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>świadczenia rehabilitacji<br/>psychiatrycznej</b> |

|  |  |   |  |   |  |  |
|--|--|---|--|---|--|--|
| nazwa:   | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADOM/26-600/MIKOŁAJA REJA 28  |   |  |   | X  |  |
| telefon/ telefony                                  | 48/331-03-83   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-12   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY SPECJALISTYCZNY SZPITAL ZACHODNI IM. ŚW. JANA PAWŁA II |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GRODZISK MAZOWIECKI/05-825/DALEKA 11   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22/755-91-11   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 000311639  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | DZIAŁ FIZJOTERAPII   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GRODZISK MAZOWIECKI/05-825/DALEKA 11   |   |  | X   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22/755-90-93   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-12   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | MEDICAMED - MAREK ŁUKASIK I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA                           |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SOCHACZEW/96-500/PREZYDENTA R. KACZOROWSKIEGO 3A                             |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 46/880-59-59   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 142270070  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |

|  |  |   |  |   |  |  |  |
|--|--|---|--|---|--|--|--|
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII                           |   |  |   |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SOCHACZEW/96-500/PREZYDENTA R. KACZOROWSKIEGO 3A |   |  |   |  |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 46/880-59-59                                     |   |  |   |  |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-12                                       |   |  |   |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |  |
| nazwa:   | REHA-COMPLEX S.C. JOANNA KILJANEK, RAFAŁ KRAMER  |   |  |   |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADOM/26-600/SOBIESKIEGO 1                       |   |  |   |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 48/345-15-99; 797-327-320                        |   |  |   |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 141171850  |   |  |   |  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |  |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII                           |   |  |   |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KOZIENICE/26-900/LUBELSKA 69B                    |   |  |   |  |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 515-786-628                                      |   |  |   |  |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-12                                       |   |  |   |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |  |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII                           |   |  |   |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADOM/26-600/SOBIESKIEGO 1                       |   |  |   |  |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 48/345-15-99; 797-327-320                        |   |  |   |  |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-12                                       |   |  |   |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |  |

|  |   |   |  |   |  |  |
|--|---|---|--|---|--|--|
| nazwa:   | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ                        |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADOM/26-600/SOBIESKIEGO 1                          |   |  |   | X  |  |
| telefon/ telefony                                  | 48/345-15-99; 797-327-320                           |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-12  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | SZPITAL MATKI BOŻEJ NIEUSTAJĄCEJ POMOCY W WOŁOMINIE |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WOŁOMIN/05-200/GDYŃSKA 1/3                          |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22/763-32-59  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 000310315   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII                              |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WOŁOMIN/05-200/GDYŃSKA 1/3                          |   |  | X   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22/763-32-63  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-12  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | SAWIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ     |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/00-709/SIEKIERKOWSKA 8                     |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22/858-77-47; 602-552-617                           |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 141520240   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |



|  |  |   |  |   |  |  |  |
|--|--|---|--|---|--|--|--|
| nazwa:   | FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA   |   |  |   |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SAWICE-WIEŚ/08-307/19  |   |  |   |  |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 25/787-53-80; 788-853-091  |   |  |   |  |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-12   |   |  |   |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |  |
| nazwa:   | REHABILITACJA PRZY OSTROBRAMSKIEJ Z. WRONSKI Z. ZDRAJKOWSKI SPÓŁKA KOMANDYTOWA |   |  |   |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/04-041/OSTROBRAMSKA 101   |   |  |   |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22/465-66-63   |   |  |   |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 146497450  |   |  |   |  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |  |
| nazwa:   | FIZJOPUNKT   |   |  |   |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/04-041/OSTROBRAMSKA 101   |   |  |   |  |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22/465-66-63   |   |  |   |  |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-12   |   |  |   |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |  |
| nazwa:   | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ - NOWY DWÓR                                       |   |  |   |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NOWY DWÓR MAZOWIECKI/05-101/WOJSKA POLSKIEGO 49/U4                             |   |  |   |  |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 502-329-830  |   |  |   |  |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-12   |   |  |   |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |  |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
|--|--|---|--|---|--|--|
| nazwa:   | INSTYTUT MATKI I DZIECKA   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/01-211/KASPRZAKA 17 A   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22/327-70-50   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 000288395  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII   |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/01-211/KASPRZAKA 17 A   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22/327-70-50   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-12   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | NINA KOZAKIEWICZ-ŚWIERCZEWSKA  |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/02-495/TOMCIA PALUCHA 37/78   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22/665-41-07; 665-540-606  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 140779986  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKO-REHABILITACYJNA "NIKOMED" |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/01-318/ŚWIĘTOCHOWSKIEGO 2/3   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22/665-41-07; 665-540-606  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-12   |   |  |   |  |  |

| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
|--|--|---|--|---|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA-ŻOLIBORZ     |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/01-637/ SZAJNOCHY 8   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22/833-58-88   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 000314098  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | DZIAŁ FIZJOTERAPII   |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/01-637/ SZAJNOCHY 8   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22/116-68-00   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-12   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | MAZOWIECKIE CENTRUM REHABILITACJI STOCER SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KONSTANCIN-JEZIORNA/05-510/WIERZEJEWSKIEGO 12                                    |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22/711-90-27   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 142013120  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII   |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PRUSZKÓW/05-800/WARSZTATOWA 1  |   |  |   |  |  |

|  |  |   |  |   |  |  |
|--|--|---|--|---|--|--|
| telefon/ telefony                                  | 22/770-93-66   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-12   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | STOŁECZNE CENTRUM OPIEKUŃCZO-LECZNICZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/03-131/MEHOFFERA 72/74  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22/811-06-88   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 146613264  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | DZIAŁ FIZJOTERAPII   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/02-730/ALEJA WILANOWSKA 257   |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22/811-06-88   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-12   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | BRUDZEŃSKI OŚRODEK REHABILITACJI ANITA OSOWICZ                                 |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BRUDZEŃ DUŻY/09-414/JANA PAWŁA II 2  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 881-292-332  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 147068254  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII   |   |  |   |  |  |

|  |  |   |  |   |  |  |
|--|--|---|--|---|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu   | BRUDZEŃ DUŻY/09-414/JANA PAWŁA II 2              |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| telefon/ telefony                                      | 881-292-332                                      |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                                 | 2021-05-12                                       |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                              |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący<br/>działalność leczniczą 86</b> |  | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą<br/>w trybie<br/>stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>świadczania rehabilitacji<br/>psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | SZPITAL MAZOWIECKI W GARWOLINIE SPÓŁKA<br>Z O.O. |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu   | GARWOLIN/08-400/AL. LEGIONÓW 11                  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                     | 25/684-24-31                                     |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                    | 142032872  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą<br/>w trybie<br/>stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>świadczania rehabilitacji<br/>psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII                           |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu   | GARWOLIN/08-400/AL. LEGIONÓW 11                  |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| telefon/ telefony                                      | 25/684-24-40                                     |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                                 | 2021-05-12                                       |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                              |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący<br/>działalność leczniczą 87</b> |  | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą<br/>w trybie<br/>stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>świadczania rehabilitacji<br/>psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | JERZY GŁADYSZ                                    |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu   | SIEDLCE/08-110/WŁ. REYMONTA 25                   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                     | 25/633-36-07                                     |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                    | 710426927  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą<br/>w trybie<br/>stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>świadczania rehabilitacji<br/>psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | DZIAŁ FIZJOTERAPII                               |   |  |   |  |  |

|  |  |   |  |   |  |  |
|--|--|---|--|---|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu   | SIEDLCE/08-110/Wł. REYMONTA 27   |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| telefon/ telefony                                      | 25/633-36-07   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                                 | 2021-05-12   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                              |  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                  |  | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą<br/>w trybie<br/>stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>świadczenia rehabilitacji<br/>psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ   |   |  |   | <b>X</b>   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu   | SIEDLCE/08-110/Wł. REYMONTA 27   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                      | 25/633-36-07   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                                 | 2021-05-12   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                              |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący<br/>działalność leczniczą 88</b> |  | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą<br/>w trybie<br/>stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>świadczenia rehabilitacji<br/>psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH<br>ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO<br>WARSZAWA PRAGA POŁUDNIE |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu   | WARSZAWA/04-082/KRYPKA 39  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                     | 22/810-06-04   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                    | 012867570  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą<br/>w trybie<br/>stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>świadczenia rehabilitacji<br/>psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII ABRAHAMA 16   |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu   | WARSZAWA/03-982/ABRAHAMA 16  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                      | 22/673-39-92   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                                 | 2021-05-12   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                              |  |   |  |   |  |  |

| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
|--|--|---|--|---|--|--|
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII GROCHOWSKA 339            |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/03-022/GROCHOWSKA 339                   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22/810-09-91                                     |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-12                                       |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII SASKA 61                  |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/03-914/SASKA 61                         |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22/617-30-05                                     |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-12                                       |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | SPECJALISTYCZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI W CIECHANOWIE |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CIECHANÓW/06-400/POWSTAŃCÓW WIELKOPOLSKICH 2     |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 23/672-31-27                                     |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 000311622  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ZAKŁAD REHABILITACJI I FIZJOTERAPII              |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CIECHANÓW/06-400/OKRZEI 8                        |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 23/672-47-20                                     |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-12                                       |   |  |   |  |  |

| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
|--|--|---|--|---|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ DAB-MED S.C. G.DUBIELAK, J.BEDYK, A.DOŁĘGOWSKA |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KOSZELEW/09-530/2  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 608-354-319  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 141853874  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GĄBIN/09-530/NOWY RYNEK 9  |   |  | X   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 608-354-319  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-12   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | NEUCA MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                    |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TORUŃ/87-100/FORTECZNA 35-37   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 728-810-393  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 341477181  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PŁOCK/09-407/OTOLIŃSKA 8   |   |  | X   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 24/367-69-65   |   |  |   |  |  |



|  |  |   |  |   |  |  |
|--|--|---|--|---|--|--|
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-12   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | PRACOWNIA FIZJOTERAPII G                             |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GOSTYNIN/09-500/ARMII KRAJOWEJ 18                    |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 24/235-04-12; 24/235-04-53                           |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-06-21   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ARKOMED ARTUR KOPEĆ                                  |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/01-948/TOMASZA NOCZNICKIEGO 25/U3           |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22/592-85-50   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 142928976  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII                       |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/01-948/TOMASZA NOCZNICKIEGO 25/U3           |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22/592-85-50   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-12   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ORPEA POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/00-838/PROSTA 69                            |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22/888-59-42   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 017234986  |   |  |   |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                       | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---|--|---|---|
| nazwa:  | DZIAŁ FIZJOTERAPII                    |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MAJDAN/05-462/TRASA LUBELSKA 13       |                                  |   | X  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 22/888-59-03                          |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-12                            |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-07-31                            |                                  |   |  |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                       | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | DZIAŁ FIZJOTERAPII                    |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WÓLKA OSTROŻEŃSKA/08-404/15A          |                                  |   | X  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 22/888-59-02                          |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-12                            |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                       |                                  |   |  |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                       | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | ODDZIAŁ REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MAJDAN/05-462/TRASA LUBELSKA 13       |                                  | X   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 22/888-59-03                          |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-12                            |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-07-31                            |                                  |   |  |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                       | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ          |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MAJDAN/05-462/TRASA LUBELSKA 13       |                                  |   |  | X   |   |
| telefon/ telefony                                 | 22/888-59-03                          |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-25                            |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-07-31                            |                                  |   |  |   |   |

| Miejsce udzielania świadczeń 5                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|---|--|----------------------------------|---|--|---|---|
| nazwa:  | DZIAŁ FIZJOTERAPII                                   |                                  |   | X  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/                 | WARSZAWA/04-768/MRÓWCZA 124                          |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 22/888-59-27   |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-08-01   |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                  |   |  |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 6                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | ODDZIAŁ REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ                |                                  | X   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/                 | WARSZAWA/04-768/MRÓWCZA 124                          |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 22/888-59-27   |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-08-01   |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                  |   |  |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 7                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ                         |                                  |   |  | X   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/                 | WARSZAWA/04-768/MRÓWCZA 124                          |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 22/888-59-27   |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-08-01   |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                  |   |  |   |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 94       |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | FENIKSMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/02-884/PUŁAWSKA 424                         |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony:                                | 22/358-59-60   |                                  |   |  |   |   |
| identyfikator REGON                               | 141609335  |                                  |   |  |   |   |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|---|--|----------------------------------|---|--|---|---|
| nazwa:  | DZIAŁ FIZJOTERAPII   |                                  |   | X  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/02-884/PUŁAWSKA 424   |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 22/358-59-60   |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-12   |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                  |   |  |   |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95       |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE MEDICA SPÓŁKA Z O. O.   |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK/09-411/CHEMIKÓW 7  |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony:                                | 24/365-09-25   |                                  |   |  |   |   |
| identyfikator REGON                               | 610381010  |                                  |   |  |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | PRACOWNIA FIZJOTERAPII   |                                  |   | X  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK/09-411/CHEMIKÓW 7  |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 665-101-313; 24/365-09-39  |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-05-12   |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                  |   |  |   |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96       |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>CENTRUM REHABILITACJI DOMOWEJ SPÓŁKA<br>JAWNA |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MILANÓWEK/05-822/WIERZBOWA 7   |                                  |   |  |   |   |

|  |  |   |  |   |  |  |
|--|--|---|--|---|--|--|
| telefon/ telefony:                                 | 604-191-995; 22/720-10-38  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 141982100  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ                                       |   |  |   | <b>X</b>   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŻABIA WOLA/96-321/WARSZAWSKA 24                                    |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 604-191-995; 22/720-10-38  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-12   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 2021-11-14   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń</b>                |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ                                       |   |  |   | <b>X</b>   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GRODZISK MAZOWIECKI/05-825/H. SIENKIEWICZA 16                      |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 604-191-995; 22/720-10-38  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-11-15   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | LEKARZE RODZINNI - ESKULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁOSICE/08-200/NARUTOWICZA 5  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 833-590-777; 833-590-888   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 712568880  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | DZIAŁ FIZJOTERAPII AMBULATORYJNEJ                                  |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁOSICE/08-200/NARUTOWICZA 5  |   |  |   |  |  |

|  |                                     |   |  |   |  |  |
|--|-------------------------------------|---|--|---|--|--|
| telefon/ telefony                                  | 833-590-777; 833-590-888            |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-12                          |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                     |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                     | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | DZIAŁ REHABILITACJI DOMOWEJ         |   |  |   | <b>X</b>   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PLATERÓW/08-210/KOŚCIELNA 17        |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 833-578-870                         |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-12                          |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                     |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98</b> |                                     | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | MAREK DARIUSZ MISZCZAK              |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/01-497/HERY 11/54          |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22/823-56-41                        |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                | 650115984                           |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                     | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ZAKŁAD FIZJOTERAPII                 |   |  |   | <b>X</b>   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/02-495/KOLOROWA 19 LOK.150 |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22/823-56-41                        |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-05-12                          |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                     |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                     | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ZAKŁAD FIZJOTERAPII                 |   |  |   | <b>X</b>   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA/03-197/PORTOWA 17A LOK.22  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 22/300-45-00                        |   |  |   |  |  |

|   |  |   |  |   |  |  |
|---|--|---|--|---|--|--|
| Data dodania do wykazu                              | 2021-05-12   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99</b>  |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | ETOS CENTRUM EDUKACJI I DORADZTWA SŁUŻBY ZDROWIA SPÓŁKA Z O.O. |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA/00-209/MURANOWSKA 1                                   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                  | 22/831-52-81   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 010676037  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | DZIAŁ (PRACOWNIA)FIZJOTERAPII                                  |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA/00-209/MURANOWSKA 1                                   |   |  | X   |  |  |
| telefon/ telefony                                   | 22/831-52-81   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-05-18   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | ALEXIS II SP. Z O.O. BIS SP.K.                                 |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRUSZKÓW/05-800/OŁÓWKOWA 1E                                    |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                  | 22/738-80-00   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 016256081  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII                                 |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRUSZKÓW/05-800/OŁÓWKOWA 1E                                    |   |  | X   |  |  |
| telefon/ telefony                                   | 22/738-80-00   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-05-18   |   |  |   |  |  |

| Data wykreślenia z wykazu                           |  |   |  |   |  |  |
|---|--|---|--|---|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PNIEWACH                    |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PNIEWY/05-652/2A   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                  | 48/668-64-70   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 672973452  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ   |   |  |   | <b>X</b>   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PNIEWY/05-652/2A   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                   | 48/668-64-70   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-05-18   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | VITAL-MED MERITUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GARBATKA-LETNISKO/26-930/SPACEROWA 2   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                  | 48 621 00 27, 48 627 10 83   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 146353573  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | GABINET REHABILITACJI LECZNICZEJ   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GARBATKA-LETNISKO/26-930/SPACEROWA 2   |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| telefon/ telefony                                   | 48 621 00 27, 48 627 10 83   |   |  |   |  |  |



|   |  |   |  |   |  |  |
|---|--|---|--|---|--|--|
| Data dodania do wykazu                              | 2021-05-18   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "POMOCNA DŁOŃ" SMORONGIEWICZ, MAKULSKA, CIEŚLAK SPÓŁKA JAWNA |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM/26-600/GŁÓWNA 12   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                  | 48/660-10-01   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 672878127  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM/26-600/GŁÓWNA 12   |   |  | X   |  |  |
| telefon/ telefony                                   | 48/660-10-01; 601-485-952  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-05-18   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 104</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | DOMINIKA SUTNIK  |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA/07-410 /KADM. WŁODZIMIERZA STEYERA 2F/33   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                  | 500-279-393  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 364444730  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA/07-410/GEN. IGNACEGO PRĄDZYŃSKIEGO 4/34  |   |  |   | X  |  |

|   |  |   |  |   |  |  |
|---|--|---|--|---|--|--|
| telefon/ telefony                                   | 500-279-939  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-05-18   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE JÓZEFÓW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JÓZEFÓW/05-410 /ARMII KRAJOWEJ 5                                 |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                  | 22/789-89-89   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 142731765  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | PRACOWNIA FIZJOTERAPII   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JÓZEFÓW/05-410 /ARMII KRAJOWEJ 5                                 |   |  | X   |  |  |
| telefon/ telefony                                   | 22/789-89-89   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-05-25   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 106</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | CORTEN MEDIC TOMASZ SIKORA                                       |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA/02-784/DUNIKOWSKIEGO 10                                 |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                  | 22/602-09-97   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 015053128  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | PRACOWNIA FIZJOTERAPII   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM/26-600 /BELINY PRAŻMOWSKIEGO 33 A                          |   |  | X   |  |  |
| telefon/ telefony                                   | 22/602-09-97   |   |  |   |  |  |

|   |  |   |  |   |  |  |
|---|--|---|--|---|--|--|
| Data dodania do wykazu                              | 2021-05-25   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE BONIFRATRÓW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA/00-215/SAPIEŻYŃSKA 3  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                  | 22/390-33-00; 22/390-33-35; 570-968-957                              |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 142316693  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | DZIAŁ FIZJOTERAPII   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA/00-213/BONIFRATERSKA 12                                     |   |  | X   |  |  |
| telefon/ telefony                                   | 22/390-33-00; 533-385-799  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-05-25   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 108</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | MAŁGORZATA NAWROT  |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OLSZEWO-BORKI/07-415 /3 MAJA 4                                       |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                  | 510-181-065  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 550070990  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | GABINET FIZJOTERAPEUTYCZNY   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OLSZEWO-BORKI/07-415 /3 MAJA 4                                       |   |  | X   |  |  |
| telefon/ telefony                                   | 29/761-32-63; 506-350-323  |   |  |   |  |  |

|   |  |   |  |   |  |  |
|---|--|---|--|---|--|--|
| Data dodania do wykazu                              | 2021-05-25                                     |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 109</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | MARIA JADWIGA KAMELA                           |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA/03-984/GEN. A. E. FIEDORFA "NILA" 5   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                  | 22/671-03-03; 22/671-46-65                     |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 002163410                                      |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII DLA DOROSŁYCH   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA/03-966/AFRYKAŃSKA 7A                  |   |  | X   |  |  |
| telefon/ telefony                                   | 22/823-21-83                                   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-05-25                                     |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 110</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | JERZY PETZ                                     |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LEGIONOWO/05-120/MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 20 |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                  | 22/774-20-90; 515-040-001                      |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 010313501                                      |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | DZIAŁ (PRACOWNIA)FIZJOTERAPII                  |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LEGIONOWO/05-120/MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 20 |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                   | 22/767-59-59                                   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-05-25                                     |   |  |   |  |  |
|   |  |   |  | X   |  |  |

| Data wykreślenia z wykazu                           |   |   |  |   |  |  |
|---|---|---|--|---|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 111</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W WYSZKOWIE     |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYSZKÓW/07-200/KOMISJI EDUKACJI NARODOWEJ 1                             |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                  | 29/743-76-11  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 000308726   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | PRACOWNIA FIZJOTERAPII I REHABILITACJI NR 2                             |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYSZKÓW/07-200/ 1 MAJA 9B   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                   | 29/742-70-24  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-05-25  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR JÓZEFA PSARSKIEGO W OSTROŁĘCE |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA/07-410/JANA PAWŁA II 120A                                     |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                  | 29/765-23-20; 29/765-23-31; 29/765-29-14                                |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 000304616   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | GABINET FIZJOTERAPII  |   |  |   |  |  |

|  |   |   |  |   |  |  |
|--|---|---|--|---|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu | OSTROŁĘKA/07-410/JANA PAWŁA II 120A                                 |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| telefon/ telefony                                    | 29/765-23-20; 29/765-23-31; 29/765-29-14                            |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-05-25  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113</b>  |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | SZPITAL POWIATOWY GAJDA-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu | PUŁTUSK/06-102/TEOFILA KWIATKOWSKIEGO 19                            |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                   | 23/691-99-01  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                  | 361505810   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ODDZIAŁ REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ                               |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu | PUŁTUSK/06-102/TEOFILA KWIATKOWSKIEGO 19                            |   | <b>X</b>   |   |  |  |
| telefon/ telefony                                    | 23/691-99-01  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-05-25  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | GABINET FIZJOTERAPII  |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu | PUŁTUSK/06-102/3 MAJA 5   |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| telefon/ telefony                                    | 501-461-690   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-06-02  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |   |  |   |  |  |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
|---|--|---|--|---|--|--|
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE IM. BITWY WARSZAWSKIEJ 1920 R. W RADZYMINIE - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADZYMIN/05-250/KONSTYTUCJI 3 MAJA 17  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                  | 22/760-72-00 WEW. 135  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 010124527  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | PRACOWNIA FIZJOTERAPII   |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADZYMIN/05-250/KONSTYTUCJI 3 MAJA 17  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                   | 22/760-72-00 WEW. 135  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-06-02   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 115</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | WESMED TOMASZ TARGOWSKI SPÓŁKA JAWNA   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA/04-628/ ALPEJSKA 4  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                  | 022/616-34-72  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 142576804  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII   |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA/04-628/ ALPEJSKA 4  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                   | 22/616-34-72   |   |  |   |  |  |

|   |  |   |  |   |  |  |
|---|--|---|--|---|--|--|
| Data dodania do wykazu                              | 2021-06-02   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 116</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | ESFULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                      |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MARKI/05-270/FABRYCZNA 1   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                  | 22/761-90-35   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 013245668  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MARKI/05-270/FABRYCZNA 1   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                   | 22/761-90-35   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-06-02   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 117</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W RESTRUKTURYZACJI |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OTWOCK/05-400/BATOREGO 44  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                  | 22/778-26-10   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 146378640  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | ODDZIAŁ CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH   |   |  |   |  |  |



|  |  |   |  |   |  |  |
|--|--|---|--|---|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu | OTWOCK/05-400/BATOREGO 44  |   | X  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                    | 22/778-27-60   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-06-02   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 118</b>  |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY MSWIA W WARSZAWIE                    |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu | WARSZAWA/02-507/WOŁOSKA 137                                      |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                   | 47 722 16 11   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                  | 006472651  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | ZUL - GABINET FIZJOTERAPII                                       |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu | WARSZAWA/02-507/WOŁOSKA 137                                      |   |  | X   |  |  |
| telefon/ telefony                                    | 47 722 15 21/22  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-06-16   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119</b>  |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W STAREJ BŁOTNICY |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu | STARA BŁOTNICA/26-806/9  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                   | 48/619-70-85   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                  | 670938115  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:   | DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII                                   |   |  |   |  |  |

|   |  |   |  |   |  |  |
|---|--|---|--|---|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STARA BŁOTNICA/26-806/9  |   |  | X   |  |  |
| telefon/ telefony                                   | 797-041-548  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-06-21   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 120</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | WŁADYSŁAW KUDLICKI   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOŃSK/09-100/GEN. ST. MACZKA 7  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                  | 23/662-31-49   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 13038380   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | PRACOWNIA FIZJOTERAPII   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOŃSK/09-100/HANDLOWA 3   |   |  | X   |  |  |
| telefon/ telefony                                   | 23/662-23-76   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-06-21   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 121</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | MAZOWIECKI SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. ŚW. JANA PAWŁA II W SIEDLCACH SP. Z O.O. |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIEDLCE/08-110/PONIATOWSKIEGO 26   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                  | 25/640-32-14; 25/640-35-01   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 141944750  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | ZAKŁAD FIZJOTERAPII  |   |  |   |  |  |

|   |   |   |  |   |  |  |
|---|---|---|--|---|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu    | 05-320 RUDKA/05-320/ALEJA TEODORA<br>DUNINA 1                           |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| telefon/ telefony                                       | 25/675-37-74; 25/675-37-92  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                                  | 2021-06-21  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                               |   |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący<br/>działalność leczniczą 122</b> |   | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą<br/>w trybie<br/>stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>świadczania rehabilitacji<br/>psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | SZPITAL SOLEC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu    | WARSZAWA/00-382/SOLEC 93  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                      | 22/250-62-48  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                     | 14262895  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                   |   | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą<br/>w trybie<br/>stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>świadczania rehabilitacji<br/>psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | ODDZIAŁ REHABILITACJI   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu    | WARSZAWA/02-781/PILECKIEGO 99   |   | <b>X</b>   |   |  |  |
| telefon/ telefony                                       | 22/166-91-80  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                                  | 2021-06-21  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                               | 2021-11-30  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący<br/>działalność leczniczą 123</b> |   | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą<br/>w trybie<br/>stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>świadczania rehabilitacji<br/>psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW<br>OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZASNYSZU |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu    | PRZASNYSZ/06-300/SADOWA 9   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                      | 29/753-43-18  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                     | 000302480   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                   |   | <b>zakład lecznictwa<br/>uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący<br/>rehabilitację leczniczą<br/>w trybie<br/>stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>fizjoterapię w<br/>warunkach<br/>domowych</b> | <b>podmiot realizujący<br/>świadczania rehabilitacji<br/>psychiatrycznej</b> |

|   |  |   |  |   |  |  |
|---|--|---|--|---|--|--|
| nazwa:  | PRACOWNIA FIZJOTERAPII   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRZASNYSZ/06-300/SADOWA 9  |   |  | X   |  |  |
| telefon/ telefony                                   | 29/753-43-18   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-07-01   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 124</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY IM. PROF. ADAMA GRUCY CENTRUM MEDYCZNEGO KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OTWOCK/05-400/KONARSKIEGO 13   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                  | 22/779-40-31   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 000290156  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | ODDZIAŁ REHABILITACJI VIII B   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OTWOCK/05-400/KONARSKIEGO 13   |   | X  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                   | 22/779-40-31   |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-07-16   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 125</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SIEDLCACH   |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIEDLCE/08-110/KILIŃSKIEGO 29  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                  | 25/632-27-97   |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 000310309  |   |  |   |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|---|--|----------------------------------|---|--|---|---|
| nazwa:  | ODDZIAŁ REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ STACJONARNEJ     |                                  | X   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE/08-110/STAROWIEJSKA 15                         |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 25/632-20-61 DO 69 WEW.150                             |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-08-05   |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                  |   |  |   |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 126      |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | FIZJO- PLUS MARIUSZ DĄBROWSKI                          |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIERPC/09-200/JAGODOWA 1                               |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony:                                | 605-256-427; 730-811-808                               |                                  |   |  |   |   |
| identyfikator REGON                               | 341548580  |                                  |   |  |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII                         |                                  |   | X  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIERPC/09-200/KSIĘCIA WACŁAWA 15                       |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 24/275-70-28; 730-811-808; 605-256-427                 |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-08-01   |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                  |   |  |   |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 127      |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | MADAME JUSTINE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/03-259/WIŚNIOWY SAD 4/8                       |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony:                                | 501-023-088  |                                  |   |  |   |   |
| identyfikator REGON                               | 365333718  |                                  |   |  |   |   |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|---|--|----------------------------------|---|--|---|---|
| nazwa:  | PRACOWNIA REHABILITACJI  |                                  |   | X  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻELAZNA RZĄDOWA/06-323/29  |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 534-974-376  |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-12-02   |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                  |   |  |   |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 128      |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM/26-617/JULIANA ALEKSANDROWICZA 5                                     |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony:                                | 48/361-30-00   |                                  |   |  |   |   |
| identyfikator REGON                               | 670209356  |                                  |   |  |   |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | OŚRODEK REHABILITACJI DZIENNEJ   |                                  |   | X  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM/26-617/JULIANA ALEKSANDROWICZA 5                                     |                                  |   |  |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 48/361-32-32   |                                  |   |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-12-02   |                                  |   |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                  |   |  |   |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 129      |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa:  | CENTRUM KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI FIZJOMAX KATARZYNA WILK                 |                                  |   |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GARBATKA-LETNISKO/26-930/JANA KOCHANOWSKIEGO 153                           |                                  |   |  |   |   |

|   |  |   |  |   |  |  |
|---|--|---|--|---|--|--|
| telefon/ telefony:                                  | 791-788-565/514-195-745  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 361931530  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | CENTRUM KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI FIZIOMAX KATARZYNA WILK                           |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GARBATKA-LETNISKO/26-930/JANA KOCHANOWSKIEGO 153                                     |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                   | 791-788-565/514-195-745  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-12-02   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 130</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | ZAKŁAD REHABILITACJI W CENTRUM RADOMIA ANDRZEJ JAN ROGULSKI, AGNIESZKA ROGULSKA S.C. |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM/26-600/KELLES-KRAUZA 32  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                  | 48/360-11-44; 48/362-29-83; 534-530-430  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 147063311  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | OŚRODEK REHABILITACJI DZIENNEJ   |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM/26-600/KELLES-KRAUZA 32  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                   | 48/360-11-44; 48/362-29-83; 534-530-430  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-12-02   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 131</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |

|   |  |   |  |   |  |  |
|---|--|---|--|---|--|--|
| nazwa:  | VALMED GRZEGORZ ADEREK, ADAM MUSZYŃSKI SPÓŁKA JAWNA      |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA/02-383 /GRÓJECKA 126                            |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                  | 608-464-600  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 017341475  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | OŚRODEK REHABILITACJI DZIENNEJ                           |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA/02-383 /GRÓJECKA 126                            |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                   | 608-464-600  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-12-02   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 132</b> |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SEROCKU |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SEROCK/05-140/A. A. KĘDZIERSKICH 2                       |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                  | 22/782-74-35 wew.203 205                                 |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 017252837  |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII                           |   |  | <b>X</b>  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SEROCK/05-140/A. A. KĘDZIERSKICH 2                       |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                   | 22/782-66-00; 22/782-66-01; 22/782-74-35                 |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-12-02   |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |   |  |   |  |  |



| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 133</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
|---|---|---|--|---|--|--|
| nazwa:  | SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA DLA PRACOWNIKÓW WOJSKA SPZOZ W WARSZAWIE |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA/00-911/NOWOWIEJSKA 31  |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                  | (22) 526-42-17  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 013280825   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII - BITWY WARSZAWSKIEJ 1920 R.                   |   |  | X   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA/02-366/BITWY WARSZAWSKIEJ 1920 R. 12                                 |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                   | (22) 526-44-55  |   |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-12-20  |   |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |   |  |   |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 134</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |
| nazwa:  | MAZOWIECKIE SPECJALISTYCZNE CENTRUM ZDROWIA IM. PROF. JANA MAZURKIEWICZA      |   |  |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRUSZKÓW/05-802/ul. PARTYZANTÓW 2/4   |   |  |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                  | 22/758 60 05  |   |  |   |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 000687617   |   |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> | <b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b> |

|  |                                     |  |  |  |  |   |
|--|-------------------------------------|--|--|--|--|---|
| nazwa:   | ŚWIADCZENIA PSYCHOGERIATRYCZNE      |  |  |  |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu | PRUSZKÓW/05-802/ul. PARTYZANTÓW 2/4 |  |  |  |  | X |
| telefon/ telefony                                    | 22/739 13 26                        |  |  |  |  |   |
| Data dodania do wykazu                               | 2022-01-01                          |  |  |  |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |                                     |  |  |  |  |   |