

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 | | | | | | |
|---|---|---|--|---|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 Rehabilitacyjny | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konstancin- Jeziorna/05-510/ Gąsiorowskiego 12/14 | | X | | | |
| telefon/ telefony | 22/ 703-02-05 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-23 | | | | | |
| 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: | PRACOWNIE FIZJOTERAPII- KONSTANCIN | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KONSTANCIN-JEZIORNA/05-510/GĄSIOROWSKIEGO 12/14 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 22/703-00-00 | | | | | |
| 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: | PRACOWNIE FIZJOTERAPII- GAŁCZYŃSKIEGO | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/00-362/GAŁCZYŃSKIEGO 4 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 22/826-63-18 | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|--|---|--|--|
| Data dodania do wykazu | 2021-05-09 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | PRACOWNIE FIZJOTERAPII- MAJDAŃSKA | | | X | | |
| 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 | | | | | | |
| 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/ 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 Rehabilitacyjny | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mława/ 06-500/ Anny Dobrskiej 1 | | X | | | |
| telefon/ telefony | 23/ 654-32-35 wew.361 | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|--|---|--|--|
| Data dodania do wykazu | 2021-04-23 | | | | | |
| 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 | 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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: | Klinika Rehabilitacji Reumatologicznej | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/02-637/ Spartańska 1 | | X | | | |
| telefon/ telefony | 22/ 67-09-176 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-26 | | | | | |
| 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 | | | X | | |
| 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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: | Rehabilitacja Kardiologiczna | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Raciąż/09-140/Kraszewo- Czubaki 23 A | | X | | | |
| telefon/ telefony | 664-303-534 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-26 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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: | Rehabilitacja Kardiologiczna w Oddziale Kardiologicznym | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzewo/09-500/Kruk 5 | | X | | | |
| telefon/ telefony | 24 236 03 83 | | | | | |

| | | | | | | |
|---|------------------------------|---|--|---|--|--|
| Data dodania do wykazu | 2021-04-26 | | | | | |
| 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 FIZJOTERAPII | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzewo/09-500/Kruk 5 | | | | | |
| telefon/ telefony | 24/236-03-68 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-06-02 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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: | Klinika Rehabilitacji | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/04-141/Szaserów 128 | | | | | |
| telefon/ telefony | 261 816 773, 261 817 666 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-27 | | | | | |
| 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/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 | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|--|---|---|--|---|--|--|
| nazwa: | CENTRUM ROZLICZEŃ NFZ "MED-BIURO" SPÓŁKA CYWILNA | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGIONOWO/05-120/SŁOWACKIEGO 37/86 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 608-488-579 | | | | | |
| identyfikator REGON | 146271792 | | | | | |
| 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 | ZIELONKA/05-220/KOLEJOWA 5B/8 | | | | | |
| telefon/ telefony | 22/760-22-44 | | | | | |
| 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 | ZIELONKA/05-220/KOLEJOWA 5B/8 | | | | | |
| telefon/ telefony | 22/760-22-44 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|--|--|---|--|---|--|--|
| 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 | | | | | |
| 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 | MAKÓW MAZOWIECKI/06-200/WITOSA 2 | | | | | |
| telefon/ telefony | 29/714-23-71 | | | | | |
| 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 | MAKÓW MAZOWIECKI/06-200/WITOSA 2 | | | | | |
| telefon/ telefony | 29/714-25-30 | | | | | |
| 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: | 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 | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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: | FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DROŹDŹÓWKA/05-332/5A | | | X | | |
| telefon/ telefony | 25/799-21-23 | | | | | |
| 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: | REHABILITACJA DOMOWA | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DROŹDŹÓWKA/05-332/5A | | | | X | |
| telefon/ telefony | 25/799-21-23 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 | KAŁUSZYN/05-310/WARSZAWSKA 50 | | | | | |
| telefon/ telefony | 25/757-61-22 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 | STARE BABICE/05-082/Rynek 10 | | | | | |
| telefon/ telefony | 22/100-32-35 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | MAGDALENA SZYMAŃSKA FIZJOTERAPEUTA | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘŻYKI/96-514/38 | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|--|
| telefon/ telefony: | 530-700-972 | | | | | |
| identyfikator REGON | 142179411 | | | | | |
| 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 | SOCHACZEW/96-500/STEFANA ŻEROMSKIEGO 17/21 | | | | | |
| telefon/ telefony | 530-700-972 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 FIZYKOTERAPII I REHABILITACJI | | | X | | |
| 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 | 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 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 | MOKOTÓW/00-780/ LUDOWA 6 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 22/840-72-17 | | | | | |
| 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: | DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRAGA-POŁUDNIE/04-041 /MIĘDZYBORSKA 50/UŻ/2 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 22/241-41-82 | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|--|
| 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 | | | | X | |
| 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 | CIECHANÓW/06-400/ARMII KRAJOWEJ 18A | | | | | |
| telefon/ telefony | 23/673-25-54 | | | | | |
| 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 | CIECHANÓW/06-400/ARMII KRAJOWEJ 18A | | | | | |
| telefon/ telefony | 23/673-25-54 | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---------------------------------------|---|--|---|--|--|
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 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 | MŁAWA/06-500/SĄDOWA 6 | | | | X | |
| telefon/ telefony | 23/682-11-95 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|--|---|---|--|---|--|--|
| nazwa: | DOROTA PAŚNIK | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁASKARZEW/08-450/ALEJOWA 5 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 609-530-822 | | | | | |
| identyfikator REGON | 141959199 | | | | | |
| 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 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 | | | | | | |
| 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 | ŁASKARZEW/08-450/ALEJOWA 5 | | | | | |
| telefon/ telefony | 609-530-822 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|--|---|---|--|---|--|--|
| nazwa: | TERESA PSZKIT-KAMOLA | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻELECHÓW/08-430/DŁUGA 136F | | | | | |
| telefon/ telefony: | 25/7541089 | | | | | |
| identyfikator REGON | 710521815 | | | | | |
| 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 | ŻELECHÓW/08-430/DŁUGA 136F | | | | | |
| telefon/ telefony | 25/7541089 | | | | | |
| 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 | ŻELECHÓW/08-430/DŁUGA 136F | | | | | |
| telefon/ telefony | 25/7541089 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |

| 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 | WOŁOMIN/05-200/WILEŃSKA 51 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 22/763-95-45 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-05 | | | | | |
| 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: | 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 | | | | | | |
| 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: | 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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/03-735/ZĄBKOWSKA 18/61 | | | | | |
| telefon/ telefony | 22/670-00-63 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-05 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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: | 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 | RADOM/26-600/OLSZTYŃSKA 33A | | | | | |
| telefon/ telefony | 566-566-001 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-05 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 | 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ALMED A BALCERZAK L WYSOCKI SPÓŁKA JAWNA | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | ŁYSE/07-437/TOPOŁOWA 2 | | | | |
| telefon/ telefony: | | 29/717-00-50; 660-764-969 | | | | |
| identyfikator REGON | | 146327860 | | | | |
| 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 | | 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | | WALDEMAR DUDKIEWICZ | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | SIERPC/09-200/KSIĘCIA WACŁAWA 15 | | | | |
| telefon/ telefony: | | 24/275-70-28; 600-937-568 | | | | |
| identyfikator REGON | | 610020559 | | | | |
| 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 | | 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 | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY W PŁOCKU | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK/09-400/MEDYCZNA 19 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 24/364-61-00; 24/364-61-05 | | | | | |
| identyfikator REGON | 000650070 | | | | | |
| 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 | 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | MEDICAL OFFICE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/03-995/LIGUSTROWA 23L | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22/424-21-50 | | | | | |
| identyfikator REGON | 015586238 | | | | | |
| 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/02-796/BELGRADZKA 48 LOK 7 | | | | | |
| telefon/ telefony | 508-028-177 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-05 | | | | | |
| 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 | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/02-796/BELGRADZKA 48 LOK 7 | | | | X | |
| telefon/ telefony | 508-028-177 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-05 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE I REHABILITACJI KRIOSONIK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA JAWNA | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/03-202/WYSOCKIEGO 51 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22/811-51-73 | | | | | |
| identyfikator REGON | 015153120 | | | | | |
| 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 | WARSZAWA/03-202/WYSOCKIEGO 51 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 22/688-72-90 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-05 | | | | | |
| 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 FIZJOTERAPII | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MICHAŁOWICE/05-816/KOŚCIUSZKI 5 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 22/753-04-61 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-05 | | | | | |
| 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: | DZIAŁ FIZJOTERAPII | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE/08-110/BRZESKA 137 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 25/632-52-12 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-05 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE/08-110/BRZESKA 137 | | | | X | |
| telefon/ telefony | 663-144-443 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-05 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MICHAŁOWICE/05-816/KOŚCIUSZKI 5 | | | | X | |
| telefon/ telefony | 504-953-228 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-05 | | | | | |
| 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: | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓW MAZOWIECKA/07-300/JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 1A | | | | X | |
| telefon/ telefony | 787-008-564 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-05 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 | | 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 | WĘGRÓW/07-100/Rynek Mariacki 17 | | | | X | |
| telefon/ telefony | 787-008-579 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-05 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 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: | 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 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 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: | 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 | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 11 | | 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 | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej | |
| 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 | | | | | | |
| 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/01-820/LISOWSKA 23 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22/468-10-88 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-05 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej | |
| nazwa: | ZGROMADZENIE SIÓSTR SŁUŻEK 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 | | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W PIONKACH IM. LECHA I MARII KACZYŃSKICH - PARY PREZYDENCKIEJ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIONKI/26-670/SIENKIEWICZA 29 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 48/612-13-81 | | | | | |
| identyfikator REGON | 670140015 | | | | | |
| 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 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 | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|--|---|---|--|---|--|--|
| 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 | | | | | |
| 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: | GABINET FIZJOTERPAII | | | 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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: | 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 ŻYRARDÓW | | | | X | |
| 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 | | | | | | |
| 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 CHYLICE | | | | X | |
| 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 | | | | | | |
| 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 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 | 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |

| 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/02-353/SZCZĘŚLIWICKA 36 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 22/822-32-21 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 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: | 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 | | | | | | |
| 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: | 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 | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|--|--|---|--|---|--|--|
| 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 | | | | | |
| 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 | OSTROŁĘKA/07-410/PILECKIEGO 14 | | | | | |
| telefon/ telefony | 29/769-45-57 | | | | | |
| 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 | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIASECZNO/05-500/NADARZYŃSKA 14/U1 | | | | | |
| telefon/ telefony | 577-206-660; | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-09 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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: | 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 | 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 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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/09-402/TYSIĄCLECIA 13 | | | | | |
| telefon/ telefony | 24/364-52-80 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-09 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 | ŻYRARDÓW/96-300/WIEJSKA 19/21 | | | | | |
| telefon/ telefony | 46/858-10-90 | | | | | |
| 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 | PĘCICE/05-806/KWIATÓW POLNYCH 4 | | | | | |
| telefon/ telefony | 22/730-13-30 | | | | | |

| | | | | | | |
|--|------------------------------------|---|--|---|--|--|
| Data dodania do wykazu | 2021-05-09 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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: | 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 | | | | | |
| 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/02-201/OPACZEWSKA 43/130 | | | | | |
| telefon/ telefony | 791-147-408 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-09 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 | BARANÓW/96-314/ARMII KRAJOWEJ 53 | | | | | |
| telefon/ telefony | 727-001-552 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-09 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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/02-134/1SIERPNIA 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 | | | | | | |

| 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 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 | | | | | | |
| 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 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | SALUS MEDYCINA 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 | | | | | |
| | | | | | | |
| 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 | SIEDLCE/08-110/SOKOŁOWSKA 47 | | | | | |
| telefon/ telefony | 600-992-794 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-09 | | | | | |
| | | | | | | |

| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 | NADARZYN/05-830/PRUSZKOWSKA 27 | | | | | |
| telefon/ telefony | 22/755-48-29 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-09 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 | WOŁOMIN/05-200/GŁOWACKIEGO 12 | | | | | |
| telefon/ telefony | 501-783-990; 500-119-159 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-09 | | | | | |

| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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: | FIZJOTERAPIA DOMOWA | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM/26-610/GŁÓWNA 12/1 | | | | X | |
| telefon/ telefony | 535-448-839 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-09 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 | ZWOLEŃ/26-700/KILIŃSKIEGO 50 | | | | X | |
| telefon/ telefony | 733-783-135 | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|--|
| Data dodania do wykazu | 2021-05-09 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRÓJEC/05-600/JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 33 | | | | X | |
| telefon/ telefony | 609-410-935 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-09 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-06-30 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM/26-600/25 CZERWCA 81 | | | | X | |
| telefon/ telefony | 609-410-935 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-09 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-06-30 | | | | | |
| 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 | WARSZAWA/04-736/ŻEGAŃSKA 48 | | | | X | |
| telefon/ telefony | 693-902-214 | | | | | |

| | | | | | | |
|---|----------------------------------|---|--|---|--|--|
| Data dodania do wykazu | 2021-05-09 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-06-30 | | | | | |
| 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 | | | | X | |
| 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 | | | | | |
| 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: | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ | | | | X | |
| 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 | | | | | |
| 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: | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ | | | | X | |
| 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 | | | | | |
| 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/ 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 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 | | 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 | 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 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 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: | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ | | | | X | |
| 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 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 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: | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ | | | | X | |
| 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 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 | OŻARÓW MAZOWIECKI/05-850/ROMANA DMOWSKIEGO 39 | | | | | |
| telefon/ telefony | 22/292-11-01 | | | | | |
| 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: | ODDZIAŁ DZIENNY | | | X | | |
| 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 FIZJOTERAPEUTYCZNA DLA DOROSŁYCH | | | X | | |
| 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 | | | | | | |
| 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 FIZJOTERAPEUTYCZNA DLA DOROSŁYCH | | | X | | |
| 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 IZABELIN | | | X | | |
| 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|--|
| 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 | | | | | |
| 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 | OSTROŁĘKA/07-410/MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 40 | | | | | |
| telefon/ telefony | 29/643-88-83 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-12 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 | GÓZD/26-634/LEKARSKA 4 | | | | | |
| telefon/ telefony | 48/320-20-19 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-12 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|--|
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ "LEGIONOWO" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGIONOWO/05-120/SOWIŃSKIEGO 4 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22/767-59-00 | | | | | |
| identyfikator REGON | 141545411 | | | | | |
| 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 | LEGIONOWO/05-120/SOWIŃSKIEGO 4 | | | | | |
| telefon/ telefony | 22/774-51-51 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-12 | | | | | |
| 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 | LEGIONOWO/05-120/SOWIŃSKIEGO 4 | | | | | |
| telefon/ telefony | 22/774-51-51 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-12 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | FUNDACJA MONTIANA POLONIA | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM/26-600/ZGODNA 6 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 48/331-03-83 | | | | | |
| identyfikator REGON | 364992130 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 | GRODZISK MAZOWIECKI/05-825/DALEKA 11 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 22/755-90-93 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-12 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 | SOCHACZEW/96-500/PREZYDENTA R. KACZOROWSKIEGO 3A | | | | | | |
| telefon/ telefony | 46/880-59-59 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-12 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej | |
| 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 | | | | | | |
| 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 | KOZIENICE/26-900/LUBELSKA 69B | | | | | | |
| telefon/ telefony | 515-786-628 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-12 | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| 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 | 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 | WOŁOMIN/05-200/GDYŃSKA 1/3 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 22/763-32-63 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-12 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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: | 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 | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej | |
| 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 | | | | | | |
| 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: | 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 | | | | | | | |
| 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 - 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 | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|--|--|---|--|---|--|--|
| 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 | | | | | |
| 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/01-211/KASPRZAKA 17 A | | | | | |
| telefon/ telefony | 22/327-70-50 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-12 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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: | 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 | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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/01-637/ SZAJNOCHY 8 | | | | | |
| telefon/ telefony | 22/116-68-00 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-12 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 | PRUSZKÓW/05-800/WARSZTATOWA 1 | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|--|
| telefon/ telefony | 22/770-93-66 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-12 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | STOLECZNE 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 | | | | | |
| 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 | WARSZAWA/02-730/ALEJA WILANOWSKA 257 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 22/811-06-88 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-12 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 | BRUDZEŃ DUŻY/09-414/JANA PAWŁA II 2 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 881-292-332 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-12 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 86 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczania rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | SZPITAL MAZOWIECKI W GARWOLINIE SPÓŁKA Z O.O. | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GARWOLIN/08-400/AL. LEGIONÓW 11 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 25/684-24-31 | | | | | |
| identyfikator REGON | 142032872 | | | | | |
| 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 świadczania rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | PRACOWNIA FIZJOTERAPII | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GARWOLIN/08-400/AL. LEGIONÓW 11 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 25/684-24-40 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-12 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczania rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | JERZY GŁADYSZ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE/08-110/WŁ. REYMONTA 25 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 25/633-36-07 | | | | | |
| identyfikator REGON | 710426927 | | | | | |
| 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 świadczania rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | DZIAŁ FIZJOTERAPII | | | | | |

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

| 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 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 | | | | | | |
| 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 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| | | | | | | |
| 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: | 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 | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 | GĄBIN/09-530/NOWY RYNEK 9 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 608-354-319 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-12 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 | PŁOCK/09-407/OTOLIŃSKA 8 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 24/367-69-65 | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|--|
| Data dodania do wykazu | 2021-05-12 | | | | | |
| 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 G | | | X | | |
| 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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/01-948/TOMASZA NOCZNICKIEGO 25/U3 | | | | | |
| telefon/ telefony | 22/592-85-50 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-12 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 CENTRUM REHABILITACJI DOMOWEJ SPÓŁKA 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 | | | | | |
| 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 | 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 | | | | | |
| 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 | 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 AMBULATORYJNEJ | | | X | | |
| 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 | | | | | | |
| 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 REHABILITACJI DOMOWEJ | | | | X | |
| 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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: | ZAKŁAD FIZJOTERAPII | | | X | | |
| 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 | | | | | | |
| 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: | ZAKŁAD FIZJOTERAPII | | | X | | |
| 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 | WARSZAWA/00-209/MURANOWSKA 1 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 22/831-52-81 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-18 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 | PRUSZKÓW/05-800/OŁÓWKOWA 1E | | | X | | |
| telefon/ telefony | 22/738-80-00 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-18 | | | | | |

| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 | PNIEWY/05-652/2A | | | | | |
| telefon/ telefony | 48/668-64-70 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-18 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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: | GABINET REHABILITACJI LECZNICZEJ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GARBATKA-LETNISKO/26-930/SPACEROWA 2 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 48 621 00 27, 48 627 10 83 | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|--|
| Data dodania do wykazu | 2021-05-18 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 | 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 104 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 | JÓZEFÓW/05-410 /ARMII KRAJOWEJ 5 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 22/789-89-89 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-25 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 106 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| 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 | | | | | |
| 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 | 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107 | | 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 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 | | | | | |
| 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 | 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 108 | | 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: | 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 | | | | | |
| 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: | 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 109 | | 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: | 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 | | | | | |
| 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 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 110 | | 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: | 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 | | | | | |
| 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 | 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 | | | | | | |
|---|---|---|--|---|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 111 | | 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 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 | | | | | |
| 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 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112 | | 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 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 | | | | | |
| 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: | GABINET FIZJOTERAPII | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA/07-410/JANA PAWŁA II 120A | | | X | | |
| 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113 | | 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: | SZPITAL POWIATOWY GAJDA-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PUŁTUSK/06-102/TEOFILA KWIATKOWSKIEGO 19 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 23/691-99-01 | | | | | |
| identyfikator REGON | 361505810 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PUŁTUSK/06-102/TEOFILA KWIATKOWSKIEGO 19 | | X | | | |
| telefon/ telefony | 23/691-99-01 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-25 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PUŁTUSK/06-102/3 MAJA 5 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 501-461-690 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-06-02 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114 | | 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 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 | | | | | |
| 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 | 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 115 | | 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: | 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 | | | | | |
| 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/04-628/ ALPEJSKA 4 | | | | | |
| telefon/ telefony | 22/616-34-72 | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|--|
| Data dodania do wykazu | 2021-06-02 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 116 | | 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: | 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 | | | | | |
| 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 | MARKI/05-270/FABRYCZNA 1 | | | | | |
| telefon/ telefony | 22/761-90-35 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-06-02 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 117 | | 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: | 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 | | | | | |
| 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 CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 118 | | 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: | CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY MSWIA W WARSZAWIE | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/02-507/WOŁOSKA 137 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 47 722 16 11 | | | | | |
| identyfikator REGON | 006472651 | | | | | |
| 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: | ZUL - GABINET FIZJOTERAPII | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119 | | 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 PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W STAREJ BŁOTNICY | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STARA BŁOTNICA/26-806/9 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 48/619-70-85 | | | | | |
| identyfikator REGON | 670938115 | | | | | |
| 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 | STARA BŁOTNICA/26-806/9 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 797-041-548 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-06-21 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 120 | | 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: | 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 | | | | | |
| 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 | PŁOŃSK/09-100/HANDLOWA 3 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 23/662-23-76 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-06-21 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 121 | | 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 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 | | | | | |
| 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: | ZAKŁAD FIZJOTERAPII | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 05-320 RUDKA/05-320/ALEJA TEODORA DUNINA 1 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 25/675-37-74; 25/675-37-92 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-06-21 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122 | | 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: | SZPITAL SOLEC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/00-382/SOLEC 93 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22/250-62-48 | | | | | |
| identyfikator REGON | 14262895 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/02-781/PILECKIEGO 99 | | X | | | |
| telefon/ telefony | 22/166-91-80 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-06-21 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 123 | | 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 PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZASNYSZU | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZASNYSZ/06-300/SADOWA 9 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 29/753-43-18 | | | | | |
| identyfikator REGON | 000302480 | | | | | |
| 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 | PRZASNYSZ/06-300/SADOWA 9 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 29/753-43-18 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-07-01 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 124 | | 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 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 | | | | | |
| 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 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 125 | | 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 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 | | | | | |
| 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: | 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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 130 | | 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: | 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 | | | | | |
| 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/26-600/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 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 131 | | 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: | 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 | | | | | |
| 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 | WARSZAWA/02-383 /GRÓJECKA 126 | | | | | |
| telefon/ telefony | 608-464-600 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-12-02 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 132 | | 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 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 | | | | | |
| 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 | 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 | | | | | | |