

**CZĘŚĆ III.**

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

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	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					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	Oddział Rehabilitacji Neurologicznej		<b>X</b>			
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						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	NZ ZOZ "Wigor" Sp. z o.o.					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Legionowo/05-120/ Kozietulskiego 9					
telefon/ telefony:	22/690-00-99					
identyfikator REGON	385993793					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej		<b>X</b>			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Legionowo/05-120/ Pomorska 6					
telefon/ telefony	22/690-00-99					
Data dodania do wykazu	2021-04-23					

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

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

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

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

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

Miejsce udzielania świadczeń 3		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych	podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej	
nazwa:	Klinika Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii					X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Warszawa/04-141/Szaserów 128						
telefon/ telefony	261 816 450						
Data dodania do wykazu	2021-08-09						
Data wykreślenia z wykazu							
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:	Dział (Pracownia) Fizjoterapii			X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Legionowo/05-119/Zegrzyńska 8						
telefon/ telefony	22 381 25 25						
Data dodania do wykazu	2022-01-26						
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/Źródłana 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		<b>X</b>			
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			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIŃSK MAZOWIECKI/05-300/JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 43					
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				<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIERPC/09-200/GABRIELA NARUTOWICZA 17A					
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					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZIELONKA/05-220/KOLEJOWA 5B/8			X		
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					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZIELONKA/05-220/KOLEJOWA 5B/8				X	
telefon/ telefony	22/760-22-44					
Data dodania do wykazu	2021-04-30					
Data wykreślenia z wykazu						

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ALFA MAZOWSZE SP. Z O.O.					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PŁOCK/09-409/HUBALCZYKÓW 11					
telefon/ telefony:	603-077-470; 508-199-065					
identyfikator REGON	146139495					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	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						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
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					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	NZOZ REKOL-MED			<b>X</b>		
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		X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MAKÓW MAZOWIECKI/06-200/WITOSA 2					
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			X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DROŹDŹÓWKA/05-332/5A					
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				X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DROŹDŹÓWKA/05-332/5A					
telefon/ telefony	25/799-21-23					
Data dodania do wykazu	2021-04-30					
Data wykreślenia z wykazu						

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KAŁUSZYNIE - PRZYCHODNIA OPIEKI ZDROWOTNEJ					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KAŁUSZYN/05-310/WOJSKA POLSKIEGO 24					
telefon/ telefony:	25/757-61-22					
identyfikator REGON	711652442					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KAŁUSZYN/05-310/WARSZAWSKA 50			X		
telefon/ telefony	25/757-61-22					
Data dodania do wykazu	2021-04-30					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ARNICA OLSZEWSKI I WSPÓLNIK SPÓŁKA JAWNA					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-796/WĄWÓZOWA 22/89					
telefon/ telefony:	517-148-095					
identyfikator REGON	145849450					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STARE BABICE/05-082/Rynek 10			X		
telefon/ telefony	22/100-32-35					
Data dodania do wykazu	2021-04-30					

Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	MAGDALENA SZYMAŃSKA FIZJOTERAPEUTA					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WĘŻYKI/96-514/38					
telefon/ telefony:	530-700-972					
identyfikator REGON	142179411					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SOCHACZEW/96-500/STEFANA ŻEROMSKIEGO 17/21				<b>X</b>	
telefon/ telefony	530-700-972					
Data dodania do wykazu	2021-04-30					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W MIŃSKU MAZOWIECKIM					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIŃSK MAZOWIECKI/05-300/SZPITALNA 37					
telefon/ telefony:	25/506-51-01					
identyfikator REGON	712351100					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZYKOTERAPII I REHABILITACJI					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIŃSK MAZOWIECKI/05-300/KOŚCIUSZKI 9			<b>X</b>		
telefon/ telefony	25/506-53-58					

Data dodania do wykazu	2021-04-30					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	AGATA HEROMIŃSKA					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTRÓW MAZOWIECKA/07-300 /KSIĘŻNEJ ANNY MAZOWIECKIEJ 4/20					
telefon/ telefony:	608-204-175					
identyfikator REGON	141767206					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTRÓW MAZOWIECKA/07-300/DUBOIS 23				<b>X</b>	
telefon/ telefony	608-204-175					
Data dodania do wykazu	2021-04-30					
Data wykreślenia z wykazu	2021-05-04					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	FUNDACJA "SPRAWNOŚĆ W KAŻDYM WIEKU"					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-202 /DRAWSKA 10/3					
telefon/ telefony:	605-823-290					
identyfikator REGON	146402030					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MOKOTÓW/00-780/ LUDOWA 6				<b>X</b>	
telefon/ telefony	22/840-72-17					
Data dodania do wykazu	2021-04-30					

Data wykreślenia z wykazu						
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRAGA-POŁUDNIE/04-041 /MIĘDZYBORSKA 50/UŻ/2					
telefon/ telefony	22/241-41-82					
Data dodania do wykazu	2021-04-30					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MOKOTÓW/00-780/LUDOWA 6					
telefon/ telefony	22/840-72-17					
Data dodania do wykazu	2021-04-30					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ARNICA ADAM OLSZEWSKI I WSPÓLNIK SPÓŁKA JAWNA					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CIECHANÓW/06-400/ARMII KRAJOWEJ 18A					
telefon/ telefony:	23/673-25-54					
identyfikator REGON	142062258					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CIECHANÓW/06-400/ARMII KRAJOWEJ 18A					
telefon/ telefony	23/673-25-54					
Data dodania do wykazu	2021-04-30					



Data wykreślenia z wykazu	2022-03-23					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CIECHANÓW/06-400/ARMII KRAJOWEJ 18A					
telefon/ telefony	23/673-25-54					
Data dodania do wykazu	2021-04-30					
Data wykreślenia z wykazu	2022-03-23					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CIECHANÓW/06-400/BATALIONÓW CHŁOPSKICH 12					
telefon/ telefony	23/673-25-54					
Data dodania do wykazu	2022-03-24					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CIECHANÓW/06-400/BATALIONÓW CHŁOPSKICH 12					
telefon/ telefony	23/673-25-54					
Data dodania do wykazu	2022-03-24					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	FAMAR SP. Z O.O.					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CIECHANÓW/06-400/GRUDUSKA 50					
telefon/ telefony:	604-591-870					
identyfikator REGON	147058965					

Miejsce udzielania 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	MŁAWA/06-500/SĄDOWA 6					
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			X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MŁAWA/06-500/SĄDOWA 6					
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						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
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					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ/PRACOWNIA FIZJOTERAPII					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/00-738/SIELECKA 22			<b>X</b>		
telefon/ telefony	22/880-91-33					
Data dodania do wykazu	2021-04-30					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	SPECJALISTYCZNY ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/00-738/SIELECKA 22				<b>X</b>	
telefon/ telefony	22/880-91-33					
Data dodania do wykazu	2021-04-30					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	TERESA PSZKIT-KAMOLA					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻELECHÓW/08-430/DŁUGA 136F					
telefon/ telefony:	25/7541089					
identyfikator REGON	710521815					

Miejsce udzielania 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			X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOŁOMIN/05-200/WILEŃSKA 51					
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			X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOŁOMIN/05-200/WILEŃSKA 51					
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			X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-797/SARMACKA 17/118					
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						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	FUNDACJA "PERPETUUM MOBILE"					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/01-780/BRONIEWSKIEGO 9					
telefon/ telefony:	22/633-88-66					
identyfikator REGON	015621733					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/03-741/BIAŁOSTOCKA 7			<b>X</b>		
telefon/ telefony	22/618-30-90					
Data dodania do wykazu	2021-05-05					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	NIEPUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OLSZTYŃSKA" DĘBIŃSKA, SZCZEPANOWSKA - SPÓŁKA PARTNERSKA - LEKARZE					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOM/26-600/OLSZTYŃSKA 33A					
telefon/ telefony:	566-566-001					
identyfikator REGON	672990580					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOM/26-600/OLSZTYŃSKA 33A			<b>X</b>		



telefon/ telefony	566-566-001					
Data dodania do wykazu	2021-05-05					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W NOWYM MIEŚCIE NAD PILICĄ					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWE MIASTO NAD PILICĄ/26-420/TOMASZOWSKA 43					
telefon/ telefony:	48/674-38-42					
identyfikator REGON	670205424					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWE MIASTO NAD PILICĄ/26-420/TOMASZOWSKA 43			<b>X</b>		
telefon/ telefony	48/674-38-64					
Data dodania do wykazu	2021-05-05					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ALMED A BALCERZAK L WYSOCKI SPÓŁKA JAWNA					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁYSE/07-437/TOPOLOWA 2					
telefon/ telefony:	29/717-00-50; 660-764-969					
identyfikator REGON	146327860					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII					

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

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PŁOCK/09-400/MEDYCZNA 19			<b>X</b>		
telefon/ telefony	24/364-62-46; 24/364-62-48					
Data dodania do wykazu	2021-05-05					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
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					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-796/BELGRADZKA 48 LOK 7			<b>X</b>		
telefon/ telefony	508-028-177					
Data dodania do wykazu	2021-05-05					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-796/BELGRADZKA 48 LOK 7					
telefon/ telefony	508-028-177					
Data dodania do wykazu	2021-05-05					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>

nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE I REHABILITACJI KRIOSONIK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA JAWNA					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/03-202/WYSOCKIEGO 51					
telefon/ telefony:	22/811-51-73					
identyfikator REGON	015153120					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/03-202/WYSOCKIEGO 51					
telefon/ telefony	22/688-72-90					
Data dodania do wykazu	2021-05-05					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MICHAŁOWICE/05-816/KOŚCIUSZKI 5					
telefon/ telefony	22/753-04-61					
Data dodania do wykazu	2021-05-05					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEDLCE/08-110/BRZESKA 137					
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				X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WĘGRÓW/07-100/RYNEK MARIACKI 17					
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				X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOZIENICE/26-900/HENRYKA SIENKIEWICZA 8					
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				X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOM/26-615/PŁK. JANA ZIENTARSKIEGO 1A					
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			X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEDLCE/08-110/BRZESKA 137					
telefon/ telefony	25/632-52-12					
Data dodania do wykazu	2021-12-02					
Data wykreślenia z wykazu						

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

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	PRZYSUCHA/26-400/MARIÓWKA 1					
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		X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PIONKI/26-670/HARCERSKA 1					
telefon/ telefony	48/385-25-33					
Data dodania do wykazu	2021-05-05					
Data wykreślenia z wykazu	2021-12-31					
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					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	GABINET FIZJOTERPAII			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/00-911/KOSZYKOWA 78					
telefon/ telefony	459 595 071					
Data dodania do wykazu	05.05.2021 r.					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LEGIONOWIE					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LEGIONOWO/05-119/ZEGRZYŃSKA 8					
telefon/ telefony:	22 261 866 040; 381 25 25					
identyfikator REGON	016137181					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA			<b>X</b>		
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	31.12.2021 r.					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>

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

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZWOLENIU					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZWOLEŃ/26-700/ALEJA POKOJU 5					
telefon/ telefony:	48/676-20-37;48/676-25-74					
identyfikator REGON	670204896					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZWOLEŃ/26-700/W.JAGIEŁY 12			X		
telefon/ telefony	48/676-20-37 WEW.165					
Data dodania do wykazu	2021-05-09					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA - OCHOTA					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-353/SZCZĘŚLIWICKA 36					
telefon/ telefony:	22/659-67-98					
identyfikator REGON	010202670					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-353/SZCZĘŚLIWICKA 36			X		
telefon/ telefony	22/822-32-21					

Data dodania do wykazu	2021-05-09					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-495/1 MAJA13					
telefon/ telefony	22/662-68-56					
Data dodania do wykazu	2021-05-09					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RASZYN/05-090/PRUSZKOWSKA 52					
telefon/ telefony	502-867-850					
Data dodania do wykazu	2021-05-09					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ODDZIAŁ DZIENNY REHABILITACYJNY			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-353/SZCZĘŚLIWICKA 36					
telefon/ telefony	22/822-32-21					
Data dodania do wykazu	2021-12-02					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	CENTRUM ZDROWIA ADAM MUSZYŃSKI SP. J.					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PIASECZNO/05-500/CZAJEWICZA 5/7 LOK.49					

telefon/ telefony:	604-777-602					
identyfikator REGON	013257795					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII			<b>X</b>		
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						
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PIASECZNO/05-500/NADARZYŃSKA 14/U1					
telefon/ telefony	577-206-660;					
Data dodania do wykazu	2021-05-09					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	MAZOWIECKI SZPITAL BRÓDNOWSKI W WARSZAWIE SP. Z O.O.					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/03-242/KONDRATOWICZA 8					
telefon/ telefony:	22/326-59-87; 22/326-53-15					
identyfikator REGON	141983460					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ZAKŁAD REHABILITACJI I FIZYKOTERAPII -DZIAŁ FIZJOTERAPII Z PRACOWNIAMI					

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/03-242/KONDRATOWICZA 8			<b>X</b>		
telefon/ telefony	22/326-55-04					
Data dodania do wykazu	2021-05-09					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	SALUS SP. Z O. O. SP. K.					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOLA GOŁKOWSKA/05-503/RYBNA 11					
telefon/ telefony:	600-800-591					
identyfikator REGON	146414843					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MROKÓW/05-552/JÓZEFA GÓRSKIEGO 15			<b>X</b>		
telefon/ telefony	22/243-07-77; 735-007-107					
Data dodania do wykazu	2021-05-09					
Data wykreślenia z wykazu	2021-10-11					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PŁOCKI ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SP. Z O.O.					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PŁOCK/09-402/KOŚCIUSZKI 28					
telefon/ telefony:	24/364-51-00					
identyfikator REGON	611416590					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII					

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PŁOCK/09-402/TYSIĄCLECIA 13			X		
telefon/ telefony	24/364-52-80					
Data dodania do wykazu	2021-05-09					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	CENTRUM MEDYCyny I REHABILITACJI ARTKINEZIS SP.Z O.O. SP. K.					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PĘCICE/05-806/KWIATÓW POLNYCH 4					
telefon/ telefony:	22/730-13-30					
identyfikator REGON	363205850					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻYRARDÓW/96-300/WIEJSKA 19/21			X		
telefon/ telefony	46/858-10-90					
Data dodania do wykazu	2021-05-09					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PĘCICE/05-806/KWIATÓW POLNYCH 4			X		
telefon/ telefony	22/730-13-30					
Data dodania do wykazu	2021-05-09					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>

nazwa:	"SANA" SP. Z O.O.					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GARWOLIN/08-400/KOŚCIUSZKI 49J					
telefon/ telefony:	25/682-36-79; 697-651-006					
identyfikator REGON	712547747					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	NZOZ SANA PRACOWNIA FIZJOTERAPII			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GARWOLIN/08-400/KOŚCIUSZKI 49J					
telefon/ telefony	25/682-36-79					
Data dodania do wykazu	2021-05-09					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	MARECKI OŚRODEK ZDROWIA SP. Z O.O.					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MARKI/05-270/SPORTOWA 3					
telefon/ telefony:	22/781-16-03; 22/781-16-05					
identyfikator REGON	016346068					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	FIZJOTERAPIA DOMOWA				<b>X</b>	
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						
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	GABINET FIZJOTERAPII					



adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MARKI/05-270/SPORTOWA 3			<b>X</b>		
telefon/ telefony	22/781-16-03 WEW.128					
Data dodania do wykazu	2021-05-09					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
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					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/00-973/ALEJA BOHATERÓW WRZEŚNIA 9					
telefon/ telefony	22/576-17-65					
Data dodania do wykazu	2021-05-09					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	3MAJ SP. Z O.O.					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-495/RYZOWA 49					
telefon/ telefony:	791-147-408					
identyfikator REGON	383127301					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII					

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-201/OPACZEWSKA 43/130			X		
telefon/ telefony	791-147-408					
Data dodania do wykazu	2021-05-09					
Data wykreślenia z wykazu	2022-03-02					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII			X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-202/DRAWSKA 29/98					
telefon/ telefony	791-147-408					
Data dodania do wykazu	2022-03-03					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	MAGDALENA MARIA PIÓRKOWSKA					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BARANÓW/96-314/ARMII KRAJOWEJ 53					
telefon/ telefony:	46/856-03-77; 603-645-502					
identyfikator REGON	016143135					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BARANÓW/96-314/ARMII KRAJOWEJ 53					
telefon/ telefony	727-001-552					
Data dodania do wykazu	2021-05-09					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNO-DIAGNOSTYCZNE SP. Z O.O.					

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEDLCE/08-110/NIKLOWA 9					
telefon/ telefony:	25/785-60-34					
identyfikator REGON	710529892					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIŃSK MAZOWIECKI/05-300/DĄBRÓWKI 52			<b>X</b>		
telefon/ telefony	25/633-35-55					
Data dodania do wykazu	2021-05-09					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLEŚNICA/08-117/132			<b>X</b>		
telefon/ telefony	25/633-35-55					
Data dodania do wykazu	2021-05-09					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA 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					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII					

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/01-493/WROCŁAWSKA 19			X		
telefon/ telefony	22/167-22-81					
Data dodania do wykazu	2021-05-09					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/01-381/POWSTANCÓW ŚLĄSKICH 19			X		
telefon/ telefony	22/167-24-80					
Data dodania do wykazu	2021-05-09					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-134/1SIERPNIA 36 A			X		
telefon/ telefony	22/167-27-80					
Data dodania do wykazu	2021-05-09					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ZOFIA SZABERT					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁĄCK/09-520/WIERZBOWA 6					
telefon/ telefony:	507-102-711					
identyfikator REGON	611020509					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ					

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

nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEDLCE/08-110/SOKOŁOWSKA 47			X		
telefon/ telefony	600-992-794					
Data dodania do wykazu	2021-05-09					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	FIZJO-MED MONIKA MACHAŁA-SZTYK					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NADARZYN/05-830/PRUSZKOWSKA 27					
telefon/ telefony:	504-772-293					
identyfikator REGON	141121094					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NADARZYN/05-830/PRUSZKOWSKA 27			X		
telefon/ telefony	22/755-48-29					
Data dodania do wykazu	2021-05-09					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PULMO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/03-287/SKARBKA Z GÓR 120/10					
telefon/ telefony:	503-855-494; 503-508-199					
identyfikator REGON	147344100					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>

nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOŁOMIN/05-200/GŁOWACKIEGO 12						
telefon/ telefony	501-783-990; 500-119-159						
Data dodania do wykazu	2021-05-09						
Data wykreślenia z wykazu							
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>	
nazwa:	FIZJOLEK SPÓŁKA CYWILNA ANNA RAŻNIEWSKA, DARIUSZ KAPCIAK						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZDUŃSKA WOLA/98-220/DĄBROWSKIEGO 36						
telefon/ telefony:	43/881-05-66						
identyfikator REGON	101543389						
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>	
nazwa:	FIZJOTERAPIA DOMOWA						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOM/26-610/GŁÓWNA 12/1						
telefon/ telefony	535-448-839						
Data dodania do wykazu	2021-05-09						
Data wykreślenia z wykazu							
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>	
nazwa:	MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZWOLEŃ/26-700/KILIŃSKIEGO 11						
telefon/ telefony:	733-783-135						
identyfikator REGON	364670201						

Miejsce udzielania 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				X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/04-736/ŻEGAŃSKA 48					
telefon/ telefony	693-902-214					
Data dodania do wykazu	2021-05-09					
Data wykreślenia z wykazu	2021-06-30					
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					

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	NASZA KLINIKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŻARÓW MAZOWIECKI/05-850/ROMANA DMOWSKIEGO 39					
telefon/ telefony:	22/292-11-01					
identyfikator REGON	365432834					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŻARÓW MAZOWIECKI/05-850/ROMANA DMOWSKIEGO 39				X	
telefon/ telefony	22/292-11-01					
Data dodania do wykazu	2021-05-09					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ODDZIAŁ DZIENNY					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŻARÓW MAZOWIECKI/05-850/ROMANA DMOWSKIEGO 39			X		
telefon/ telefony	22/292-11-01					
Data dodania do wykazu	2021-12-02					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	SED E.S. NOWACCY D.WRÓBLEWSKA SPÓŁKA JAWNA					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/04-157/MLĄDZKA 27A					
telefon/ telefony:	22/613-76-81					
identyfikator REGON	015430648					

Miejsce udzielania 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	2022-03-15					
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/03-984/GEN. AUGUSTA EMILA FIELDORFA "NILA" 18					
telefon/ telefony	22/243-26-88					
Data dodania do wykazu	2022-03-16					
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					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII IZABELIN			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	IZABELIN/05-080/3 MAJA 47					
telefon/ telefony	22/721-84-12					
Data dodania do wykazu	2021-05-12					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ZIELIŃSCY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTROŁĘKA/07-410/SYBIRAKÓW 1					
telefon/ telefony:	29/643-88-83					
identyfikator REGON	385837461					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTROŁĘKA/07-410/MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 40					
telefon/ telefony	29/643-88-83					
Data dodania do wykazu	2021-05-12					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W GOŹDZIE					

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GÓZD/26-634/LEKARSKA 4					
telefon/ telefony:	48/320-20-19;660-699-801					
identyfikator REGON	670221015					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GÓZD/26-634/LEKARSKA 4					
telefon/ telefony	48/320-20-19					
Data dodania do wykazu	2021-05-12					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ "LEGIONOWO" 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					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LEGIONOWO/05-120/SOWIŃSKIEGO 4					
telefon/ telefony	22/774-51-51					
Data dodania do wykazu	2021-05-12					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ					

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LEGIONOWO/05-120/SOWIŃSKIEGO 4				<b>X</b>	
telefon/ telefony	22/774-51-51					
Data dodania do wykazu	2021-05-12					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	FUNDACJA MONTIANA POLONIA					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOM/26-600/ZGODNA 6					
telefon/ telefony:	48/331-03-83					
identyfikator REGON	364992130					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOM/26-600/MIKOŁAJA REJA 28					
telefon/ telefony	48/331-03-83					
Data dodania do wykazu	2021-05-12					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY SPECJALISTYCZNY SZPITAL ZACHODNI IM. ŚW. JANA PAWŁA II					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRODZISK MAZOWIECKI/05-825/DALEKA 11					
telefon/ telefony:	22/755-91-11					
identyfikator REGON	000311639					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII					

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRODZISK MAZOWIECKI/05-825/DALEKA 11			<b>X</b>		
telefon/ telefony	22/755-90-93					
Data dodania do wykazu	2021-05-12					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	MEDICAMED - MAREK ŁUKASIK I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SOCHACZEW/96-500/PREZYDENTA R. KACZOROWSKIEGO 3A					
telefon/ telefony:	46/880-59-59					
identyfikator REGON	142270070					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SOCHACZEW/96-500/PREZYDENTA R. KACZOROWSKIEGO 3A			<b>X</b>		
telefon/ telefony	46/880-59-59					
Data dodania do wykazu	2021-05-12					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	REHA-COMPLEX S.C. JOANNA KILJANEK, RAFAŁ KRAMER					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOM/26-600/SOBIESKIEGO 1					
telefon/ telefony:	48/345-15-99; 797-327-320					
identyfikator REGON	141171850					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII					



adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOZIENICE/26-900/LUBELSKA 69B			<b>X</b>		
telefon/ telefony	515-786-628					
Data dodania do wykazu	2021-05-12					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOM/26-600/SOBIESKIEGO 1			<b>X</b>		
telefon/ telefony	48/345-15-99; 797-327-320					
Data dodania do wykazu	2021-05-12					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOM/26-600/SOBIESKIEGO 1				<b>X</b>	
telefon/ telefony	48/345-15-99; 797-327-320					
Data dodania do wykazu	2021-05-12					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	SZPITAL MATKI BOŻEJ NIEUSTAJĄCEJ POMOCY W WOŁOMINIE					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOŁOMIN/05-200/GDYŃSKA 1/3					
telefon/ telefony:	22/763-32-59					
identyfikator REGON	000310315					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII					

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOŁOMIN/05-200/GDYŃSKA 1/3			<b>X</b>		
telefon/ telefony	22/763-32-63					
Data dodania do wykazu	2021-05-12					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	SAWIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/00-709/SIEKIERKOWSKA 8					
telefon/ telefony:	22/858-77-47; 602-552-617					
identyfikator REGON	141520240					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SAWICE-WIEŚ/08-307/19			<b>X</b>		
telefon/ telefony	25/787-53-80; 788-853-091					
Data dodania do wykazu	2021-05-12					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	REHABILITACJA PRZY OSTROBRAMSKIEJ Z. WRONSKI Z. ZDRAJKOWSKI SPÓŁKA KOMANDYTOWA					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/04-041/OSTROBRAMSKA 101					
telefon/ telefony:	22/465-66-63					
identyfikator REGON	146497450					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>

nazwa:	FIZJOPUNKT					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/04-041/OSTROBRAMSKA 101			X		
telefon/ telefony	22/465-66-63					
Data dodania do wykazu	2021-05-12					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ - NOWY DWÓR					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY DWÓR MAZOWIECKI/05-101/WOJSKA POLSKIEGO 49/U4				X	
telefon/ telefony	502-329-830					
Data dodania do wykazu	2021-05-12					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	INSTYTUT MATKI I DZIECKA					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/01-211/KASPRZAKA 17 A					
telefon/ telefony:	22/327-70-50					
identyfikator REGON	000288395					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/01-211/KASPRZAKA 17 A			X		
telefon/ telefony	22/327-70-50					
Data dodania do wykazu	2021-05-12					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>

nazwa:	NINA KOZAKIEWICZ-ŚWIERCZEWSKA					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-495/TOMCIA PALUCHA 37/78					
telefon/ telefony:	22/665-41-07; 665-540-606					
identyfikator REGON	140779986					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKO-REHABILITACYJNA "NIKOMED"			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/01-318/ŚWIĘTOCHOWSKIEGO 2/3					
telefon/ telefony	22/665-41-07; 665-540-606					
Data dodania do wykazu	2021-05-12					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA-ŻOLIBORZ					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/01-637/ SZAJNOCHY 8					
telefon/ telefony:	22/833-58-88					
identyfikator REGON	000314098					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/01-637/ SZAJNOCHY 8					
telefon/ telefony	22/116-68-00					
Data dodania do wykazu	2021-05-12					
Data wykreślenia z wykazu						

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	MAZOWIECKIE CENTRUM REHABILITACJI STOCER SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KONSTANCIN-JEZIORNA/05-510/WIERZEJEWSKIEGO 12					
telefon/ telefony:	22/711-90-27					
identyfikator REGON	142013120					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRUSZKÓW/05-800/WARSZTATOWA 1			X		
telefon/ telefony	22/770-93-66					
Data dodania do wykazu	2021-05-12					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	STOŁĘCZNE CENTRUM OPIEKUŃCZO-LECZNICZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/03-131/MEHOFFERA 72/74					
telefon/ telefony:	22/811-06-88					
identyfikator REGON	146613264					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-730/ALEJA WILANOWSKA 257			X		

telefon/ telefony	22/811-06-88					
Data dodania do wykazu	2021-05-12					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	BRUDZEŃSKI OŚRODEK REHABILITACJI ANITA OSOWICZ					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRUDZEŃ DUŻY/09-414/JANA PAWŁA II 2					
telefon/ telefony:	881-292-332					
identyfikator REGON	147068254					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRUDZEŃ DUŻY/09-414/JANA PAWŁA II 2			<b>X</b>		
telefon/ telefony	881-292-332					
Data dodania do wykazu	2021-05-12					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 86</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	SZPITAL 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					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GARWOLIN/08-400/AL. LEGIONÓW 11			<b>X</b>		

telefon/ telefony	25/684-24-40					
Data dodania do wykazu	2021-05-12					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ODDZIAŁ DZIENNY REHABILITACJI DOROSŁYCH			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GARWOLIN/08-400/ALEJA LEGIONÓW 11					
telefon/ telefony	25/684-24-67					
Data dodania do wykazu	2021-12-31					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	JERZY GŁADYSZ					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEDLCE/08-110/WŁ. REYMONTA 25					
telefon/ telefony:	25/633-36-07					
identyfikator REGON	710426927					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEDLCE/08-110/WŁ. REYMONTA 27					
telefon/ telefony	25/633-36-07					
Data dodania do wykazu	2021-05-12					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEDLCE/08-110/WŁ. REYMONTA 27					

telefon/ telefony	25/633-36-07					
Data dodania do wykazu	2021-05-12					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA PRAGA POŁUDNIE					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/04-082/KRYPSKA 39					
telefon/ telefony:	22/810-06-04					
identyfikator REGON	012867570					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII ABRAHAMA 16			<b>X</b>		
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						
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII GROCHOWSKA 339			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/03-022/GROCHOWSKA 339					
telefon/ telefony	22/810-09-91					
Data dodania do wykazu	2021-05-12					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>



nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII SASKA 61						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/03-914/SASKA 61						
telefon/ telefony	22/617-30-05						
Data dodania do wykazu	2021-05-12						
Data wykreślenia z wykazu							
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>	
nazwa:	SPECJALISTYCZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI W CIECHANOWIE						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CIECHANÓW/06-400/POWSTAŃCÓW WIELKOPOLSKICH 2						
telefon/ telefony:	23/672-31-27						
identyfikator REGON	000311622						
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>	
nazwa:	ZAKŁAD REHABILITACJI I FIZJOTERAPII						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CIECHANÓW/06-400/OKRZEI 8						
telefon/ telefony	23/672-47-20						
Data dodania do wykazu	2021-05-12						
Data wykreślenia z wykazu							
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>	
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ DAB-MED S.C. G.DUBIELAK, J.BEDYK, A.DOŁĘGOWSKA						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOSZELEW/09-530/2						
telefon/ telefony:	608-354-319						
identyfikator REGON	141853874						

Miejsce udzielania 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	GĄBIN/09-530/NOWY RYNEK 9					
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			X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PŁOCK/09-407/OTOLIŃSKA 8					
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						

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ARKOMED ARTUR KOPEĆ					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/01-948/TOMASZA NOCZNICKIEGO 25/U3					
telefon/ telefony:	22/592-85-50					
identyfikator REGON	142928976					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/01-948/TOMASZA NOCZNICKIEGO 25/U3			X		
telefon/ telefony	22/592-85-50					
Data dodania do wykazu	2021-05-12					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ORPEA POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/00-838/PROSTA 69					
telefon/ telefony:	22/888-59-42					
identyfikator REGON	017234986					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	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					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/04-768/MRÓWCZA 124			X		
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						

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE 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					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PŁOCK/09-411/CHEMIKÓW 7			X		
telefon/ telefony	665-101-313; 24/365-09-39					
Data dodania do wykazu	2021-05-12					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ 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					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻABIA WOLA/96-321/WARSZAWSKA 24				X	
telefon/ telefony	604-191-995; 22/720-10-38					

Data dodania do wykazu	2021-05-12					
Data wykreślenia z wykazu	2021-11-14					
<b>Miejsce udzielania świadczeń</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRODZISK MAZOWIECKI/05-825/H. SIENKIEWICZA 16					
telefon/ telefony	604-191-995; 22/720-10-38					
Data dodania do wykazu	2021-11-15					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	LEKARZE RODZINNI - ESKULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOSICE/08-200/NARUTOWICZA 5					
telefon/ telefony:	833-590-777; 833-590-888					
identyfikator REGON	712568880					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII AMBULATORYJNEJ				<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOSICE/08-200/NARUTOWICZA 5					
telefon/ telefony	833-590-777; 833-590-888					
Data dodania do wykazu	2021-05-12					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PLATERÓW/08-210/KOŚCIELNA 17					

telefon/ telefony	833-578-870					
Data dodania do wykazu	2021-05-12					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	MAREK DARIUSZ MISZCZAK					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/01-497/HERY 11/54					
telefon/ telefony:	22/823-56-41					
identyfikator REGON	650115984					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ZAKŁAD FIZJOTERAPII					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-495/KOLOROWA 19 LOK.150			X		
telefon/ telefony	22/823-56-41					
Data dodania do wykazu	2021-05-12					
Data wykreślenia z wykazu	2022-02-27					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ZAKŁAD FIZJOTERAPII					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/03-197/PORTOWA 17A LOK.22			X		
telefon/ telefony	22/300-45-00					
Data dodania do wykazu	2021-05-12					
Data wykreślenia z wykazu	2022-02-27					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ETOS CENTRUM EDUKACJI I DORADZTWA SŁUŻBY ZDROWIA SPÓŁKA Z O.O.					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/00-209/MURANOWSKA 1					



telefon/ telefony:	22/831-52-81					
identyfikator REGON	010676037					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA)FIZJOTERAPII			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/00-209/MURANOWSKA 1					
telefon/ telefony	22/831-52-81					
Data dodania do wykazu	2021-05-18					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ALEXIS II SP. Z O.O. BIS SP.K.					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRUSZKÓW/05-800/OŁÓWKOWA 1E					
telefon/ telefony:	22/738-80-00					
identyfikator REGON	016256081					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRUSZKÓW/05-800/OŁÓWKOWA 1E					
telefon/ telefony	22/738-80-00					
Data dodania do wykazu	2021-05-18					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PNIEWACH					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PNIEWY/05-652/2A					
telefon/ telefony:	48/668-64-70					

identyfikator REGON	672973452					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PNIEWY/05-652/2A					
telefon/ telefony	48/668-64-70					
Data dodania do wykazu	2021-05-18					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	VITAL-MED MERITUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GARBATKA-LETNISKO/26-930/SPACEROWA 2					
telefon/ telefony:	48 621 00 27, 48 627 10 83					
identyfikator REGON	146353573					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	GABINET REHABILITACJI LECZNICZEJ				<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GARBATKA-LETNISKO/26-930/SPACEROWA 2					
telefon/ telefony	48 621 00 27, 48 627 10 83					
Data dodania do wykazu	2021-05-18					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "POMOCNA DŁOŃ" SMORONGIEWICZ, MAKULSKA, CIEŚLAK SPÓŁKA JAWNA					

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOM/26-600/GŁÓWNA 12					
telefon/ telefony:	48/660-10-01					
identyfikator REGON	672878127					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOM/26-600/GŁÓWNA 12					
telefon/ telefony	48/660-10-01; 601-485-952					
Data dodania do wykazu	2021-05-18					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 104</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DOMINIKA SUTNIK					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTROŁĘKA/07-410 /KADM. WŁODZIMIERZA STEYERA 2F/33					
telefon/ telefony:	500-279-393					
identyfikator REGON	364444730					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTROŁĘKA/07-410/GEN. IGNACEGO PRĄDZYŃSKIEGO 4/34					
telefon/ telefony	500-279-939					
Data dodania do wykazu	2021-05-18					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE JÓZEFÓW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ					

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JÓZEFÓW/05-410 /ARMII KRAJOWEJ 5					
telefon/ telefony:	22/789-89-89					
identyfikator REGON	142731765					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JÓZEFÓW/05-410 /ARMII KRAJOWEJ 5					
telefon/ telefony	22/789-89-89					
Data dodania do wykazu	2021-05-25					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 106</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	CORTEN MEDIC TOMASZ SIKORA					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-784/DUNIKOWSKIEGO 10					
telefon/ telefony:	22/602-09-97					
identyfikator REGON	015053128					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOM/26-600 /BELINY PRAŻMOWSKIEGO 33 A					
telefon/ telefony	22/602-09-97					
Data dodania do wykazu	2021-05-25					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE BONIFRATRÓW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ					

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/00-215/SAPIEŻYŃSKA 3					
telefon/ telefony:	22/390-33-00; 22/390-33-35; 570-968-957					
identyfikator REGON	142316693					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/00-213/BONIFRATERSKA 12					
telefon/ telefony	22/390-33-00; 533-385-799					
Data dodania do wykazu	2021-05-25					
Data wykreślenia z wykazu	2022-02-28					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 108</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	MAŁGORZATA NAWROT					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZEWO-BORKI/07-415 /3 MAJA 4					
telefon/ telefony:	510-181-065					
identyfikator REGON	550070990					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	GABINET FIZJOTERAPEUTYCZNY			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZEWO-BORKI/07-415 /3 MAJA 4					
telefon/ telefony	29/761-32-63; 506-350-323					
Data dodania do wykazu	2021-05-25					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 109</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	MARIA JADWIGA KAMELA					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/03-984/GEN. A. E. FIELDORFA "NILA" 5					

telefon/ telefony:	22/671-03-03; 22/671-46-65					
identyfikator REGON	002163410					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII DLA DOROSŁYCH			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/03-966/AFRYKAŃSKA 7A					
telefon/ telefony	22/823-21-83					
Data dodania do wykazu	2021-05-25					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 110</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	JERZY PETZ					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LEGIONOWO/05-120/MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 20					
telefon/ telefony:	22/774-20-90; 515-040-001					
identyfikator REGON	010313501					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA)FIZJOTERAPII			<b>X</b>		
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					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 111</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W WYSZKOWIE					

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WYSZKÓW/07-200/KOMISJI EDUKACJI NARODOWEJ 1					
telefon/ telefony:	29/743-76-11					
identyfikator REGON	000308726					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII I REHABILITACJI NR 2			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WYSZKÓW/07-200/ 1 MAJA 9B					
telefon/ telefony	29/742-70-24					
Data dodania do wykazu	2021-05-25					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR JÓZEFA PSARSKIEGO W OSTROŁĘCE					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTROŁĘKA/07-410/JANA PAWŁA II 120A					
telefon/ telefony:	29/765-23-20; 29/765-23-31; 29/765-29-14					
identyfikator REGON	000304616					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	GABINET FIZJOTERAPII			<b>X</b>		
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					
Data dodania do wykazu	2021-05-25					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>

nazwa:	SZPITAL POWIATOWY GAJDA-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PUŁTUSK/06-102/TEOFILA KWIATKOWSKIEGO 19					
telefon/ telefony:	23/691-99-01					
identyfikator REGON	361505810					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ODDZIAŁ REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ		<b>X</b>			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PUŁTUSK/06-102/TEOFILA KWIATKOWSKIEGO 19					
telefon/ telefony	23/691-99-01					
Data dodania do wykazu	2021-05-25					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	GABINET FIZJOTERAPII			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PUŁTUSK/06-102/3 MAJA 5					
telefon/ telefony	501-461-690					
Data dodania do wykazu	2021-06-02					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE IM. BITWY WARSZAWSKIEJ 1920 R. W RADZYMINIE - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADZYMIN/05-250/KONSTYTUCJI 3 MAJA 17					
telefon/ telefony:	22/760-72-00 WEW. 135					
identyfikator REGON	010124527					



Miejsce udzielania 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	RADZYMIN/05-250/KONSTYTUCJI 3 MAJA 17			X		
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					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/04-628/ ALPEJSKA 4			X		
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:	ESCULAP 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			X		
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 CHORÓB 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					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ZUL - GABINET FIZJOTERAPII			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-507/WOŁOSKA 137					
telefon/ telefony	47 722 15 21/22					
Data dodania do wykazu	2021-06-16					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W STAREJ BŁOTNICY					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STARA BŁOTNICA/26-806/9					
telefon/ telefony:	48/619-70-85					
identyfikator REGON	670938115					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STARA BŁOTNICA/26-806/9					
telefon/ telefony	797-041-548					
Data dodania do wykazu	2021-06-21					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 120</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	WŁADYSŁAW KUDLICKI					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PŁOŃSK/09-100/GEN. ST. MACZKA 7					
telefon/ telefony:	23/662-31-49					

identyfikator REGON	13038380					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PŁOŃSK/09-100/HANDLOWA 3					
telefon/ telefony	23/662-23-76					
Data dodania do wykazu	2021-06-21					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 121</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	MAZOWIECKI SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. ŚW. JANA PAWŁA II W SIEDLCACH SP. Z O.O.					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEDLCE/08-110/PONIATOWSKIEGO 26					
telefon/ telefony:	25/640-32-14; 25/640-35-01					
identyfikator REGON	141944750					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ZAKŁAD FIZJOTERAPII			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	05-320 RUDKA/05-320/ALEJA TEODORA DUNINA 1					
telefon/ telefony	25/675-37-74; 25/675-37-92					
Data dodania do wykazu	2021-06-21					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	SZPITAL 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					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ODDZIAŁ REHABILITACJI		<b>X</b>			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-781/PILECKIEGO 99					
telefon/ telefony	22/166-91-80					
Data dodania do wykazu	2021-06-21					
Data wykreślenia z wykazu	2021-11-30					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 123</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZASNYSZU					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRZASNYSZ/06-300/SADOWA 9					
telefon/ telefony:	29/753-43-18					
identyfikator REGON	000302480					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRZASNYSZ/06-300/SADOWA 9					
telefon/ telefony	29/753-43-18					
Data dodania do wykazu	2021-07-01					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 124</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>

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

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	SIEDLCE/08-110/FORMIŃSKIEGO 14			X		
telefon/ telefony	25/644-45-73					
Data dodania do wykazu	2022-04-01					
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					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIERPC/09-200/KSIĘCIA WACŁAWA 15			X		
telefon/ telefony	24/275-70-28; 730-811-808; 605-256-427					
Data dodania do wykazu	2021-08-01					
Data wykreślenia z wykazu						
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 127		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych	podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej
nazwa:	MADAME JUSTINE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/03-259/WIŚNIOWY SAD 4/8					
telefon/ telefony:	501-023-088					
identyfikator REGON	365333718					

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



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

nazwa:	VALMED GRZEGORZ ADEREK, ADAM MUSZYŃSKI SPÓŁKA JAWNA					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-383 /GRÓJECKA 126					
telefon/ telefony:	608-464-600					
identyfikator REGON	017341475					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	OŚRODEK REHABILITACJI DZIENNEJ			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-383 /GRÓJECKA 126					
telefon/ telefony	608-464-600					
Data dodania do wykazu	2021-12-02					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 132</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SEROCKU					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SEROCK/05-140/A. A. KĘDZIERSKICH 2					
telefon/ telefony:	22/782-74-35 wew.203 205					
identyfikator REGON	017252837					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SEROCK/05-140/A. A. KĘDZIERSKICH 2					
telefon/ telefony	22/782-66-00; 22/782-66-01; 22/782-74-35					
Data dodania do wykazu	2021-12-02					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 133</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>

nazwa:	SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA DLA PRACOWNIKÓW WOJSKA SPZOZ W WARSZAWIE					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/00-911/NOWOWIEJSKA 31					
telefon/ telefony:	(22) 526-42-17					
identyfikator REGON	013280825					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII - BITWY WARSZAWSKIEJ 1920 R.			<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-366/BITWY WARSZAWSKIEJ 1920 R. 12					
telefon/ telefony	(22) 526-44-55					
Data dodania do wykazu	2021-12-20					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 134</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	MAZOWIECKIE SPECJALISTYCZNE CENTRUM ZDROWIA IM. PROF. JANA MAZURKIEWICZA					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRUSZKÓW/05-802/ul. PARTYZANTÓW 2/4					
telefon/ telefony:	22/758 60 05					
identyfikator REGON	000687617					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ŚWIADCZENIA PSYCHOGERIATRYCZNE					<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRUSZKÓW/05-802/ul. PARTYZANTÓW 2/4					
telefon/ telefony	22/739 13 26					
Data dodania do wykazu	2022-01-01					
Data wykreślenia z wykazu						

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 135</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	EMILIA KOTEWSKA - AVRAMCEVA					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻYRARDÓW/96-300/JANA BRZECHWY 64					
telefon/ telefony:	46/855-84-84; 604-074-805					
identyfikator REGON	750345712					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	CENTRUM REHABILITACJI I FIZJOTERAPII					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻYRARDÓW/96-300/SPÓŁDZIELCZA 36			<b>X</b>		
telefon/ telefony	46/854-12-16					
Data dodania do wykazu	2021-12-31					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻYRARDÓW/96-300/SPÓŁDZIELCZA 36				<b>X</b>	
telefon/ telefony	46/854-12-16					
Data dodania do wykazu	2022-01-31					
Data wykreślenia z wykazu						
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 136</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>	<b>podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej</b>
nazwa:	RADOMSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOM/26-610/LEKARSKA 4					
telefon/ telefony:	48/361-51-42; 48/361-51-52					
identyfikator REGON	000315086					

Miejsce udzielania 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		X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOM/26-600/GISERSKA 21					
telefon/ telefony	48/365-53-73; 48/365-39-08					
Data dodania do wykazu	2022-01-31					
Data wykreślenia z wykazu						
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 137		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych	podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej
nazwa:	BONIFRATERSKIE CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O. O.					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WROCŁAW/50-417/GEN. ROMUALDA TRAUUGUTTA 57/59					
telefon/ telefony:	22/390-33-00, 22/390-33-35, 570-968-957					
identyfikator REGON	521336320					
Miejsce udzielania 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/00-213/BONIFRATERSKA 12					
telefon/ telefony	22/390-33-00, 533-385-799					
Data dodania do wykazu	2022-03-01					
Data wykreślenia z wykazu						